HABILETÉS SOCIALES

des enfants de 5 à 12 ans

RÉSUMÉ DE LA RECHERCHE

Appréciation des pratiques relatives à l'acquisition et au développement des habiletés sociales chez les enfants de 5 à 12 ans dans la région des Laurentides

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

la santé *mieux* pensée

HABILETÉS SOCIALES

des enfants de 5 à 12 ans

Résumé de la recherche

Appréciation des pratiques relatives à l'acquisition et au développement de la compétence sociale chez les enfants de 5 à 12 ans dans la région des Laurentides

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

la santé *mieux* pensée

RÉDACTION
Judith Légaré

RÉALISATION DE LA RECHERCHE
Natalie Kishchuk, PhD
Évaluation de programmes et recherche sociale appliquée

Louise Leduc, MSc.
Université de Sherbrooke

COORDINATION
Huguette Crête

MISE EN PAGE
Nicole Goyer

CONCEPTION DES ILLUSTRATIONS
Évelyne Butt

COMMUNICATION
Gilles Chaput

PUBLICATION
Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides
1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6
Téléphone : (450) 436-8622
Télécopieur : (450) 432-8712
Internet : http ://www.rrsss15.gouv.qc.ca
Courriel : courrier@rrssss15.gouv.qc.ca

ISBN : 2-89547-061-8
Dépôt légal : 3e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

LA FORME MASCULINE UTILISÉE DANS CE TEXTE DÉSIGNE, LORSQU'IL Y A LIEU, AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMMES.

105-07572/

Cette étude avait pour but de connaître et d'apprécier la qualité des actions, interventions, pratiques et activités réalisées dans les différents territoires de la région des Laurentides, qui visent à agir sur l'acquisition, le développement, le maintien et la mise en application de la compétence sociale des enfants de 5 à 12 ans.

Le projet de recherche a été proposé et dirigé par un Comité de promoteurs, comprenant les principaux acteurs institutionnels de la région en ce qui concerne le sain développement des enfants : les CLSC, la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides et sa Direction de santé publique, le Centre jeunesse des Laurentides, le bureau régional du ministère de l'Éducation et le Centre de réadaptation André-Boudreau

L'étude comportait trois volets.

1. Dans un premier temps, on a effectué un **bilan descriptif des actions** (interventions, pratiques et activités) réalisées dans la région des Laurentides et on a analysé les forces et faiblesses de l'action régionale selon les dimensions identifiées par la recension des écrits.

2. Puis une **étude en profondeur d'un sous-ensemble d'actions,** qui illustrent les forces ou qui pourraient s'attaquer aux lacunes de l'action régionale, a été menée. Plus particulièrement, cette étude visait à identifier comment le réseau de la santé et des services sociaux pourrait renforcer et compléter les actions des autres secteurs.

3. Finalement, **un colloque régional**, en octobre 2002, invitait les intervenants de la région à prendre connaissance des résultats de recherche et à partager leurs expériences. Le but du colloque était de stimuler une mobilisation régionale pour la mise en place d'actions faisables, efficaces et durables visant l'acquisition, le développement et le maintien des habiletés sociales chez les 5 à 12 ans.

Par **compétence sociale**, on entend un ensemble de ressources et d'habiletés personnelles et sociales que les jeunes peuvent acquérir et utiliser pour faire face aux défis de la maturation, de la formation de l'identité individuelle et sociale, et de l'adaptation sociale dans les contextes de leur environnement familial, scolaire et communautaire. Le terme « compétence sociale » désignera ici la compétence globale, composée d'un ensemble d'habiletés spécifiques, notamment pour éviter la confusion avec le concept de « compétences » sous-jacent à la récente réforme du curriculum scolaire du primaire.

La compétence sociale agit durant l'enfance comme facteur de protection contre une gamme de problèmes sociaux à l'adolescence et à l'âge adulte. La compétence sociale est aussi reliée à la compétence dans d'autres domaines, y compris la performance scolaire.

Étant donné que cette compétence agit comme facteur de protection pour les jeunes dans des situations de stress et de vulnérabilité, on s'est intéressé aux actions concrètes pouvant contribuer à la prévention de divers problèmes connexes aux difficultés d'adaptation et d'intégration sociale : suicide, délinquance et troubles de comportement, toxicomanie, échec et décrochage scolaire et violence. Comme les données ci-dessous l'indiquent, la région des Laurentides affiche des taux semblables ou plus élevés que la moyenne provinciale dans certaines de ces problématiques.

TAUX DE CERTAINES PROBLÉMATIQUES RELIÉES À LA COMPÉTENCE SOCIALE DES ENFANTS, LAURENTIDES ET QUÉBEC[1]

- Criminalité (infractions au code criminel, 1998)
  Laurentides : 68,3 / 1000 **Québec :** 63,8 / 1000

- Abandon et retard scolaire (de personnes âgées de 15 à 19 ans n'ayant pas complété 9 ans de scolarité, 1996)
  Laurentides : 8,4 % **Québec :** 7,8 %

- Détresse psychologique (personnes âgées de 15 ans et plus qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique, 1998)
  Laurentides : 21,3 % **Québec :** 20,1 %

- Suicide[2] (hommes, décès de 1996 à 1998)
  Laurentides : 31,6 / 100 000 **Québec** : 30.4 / 100 000

- Utilisation de drogues illégales (infractions aux lois fédérales, 1998)
  Laurentides : 2,3 / 1000 **Québec :** 1,9 / 1000

[1] Données de différentes sources présentées dans : www.rrsss15.gouv.qc.ca/portrait_santé, sauf pour les données sur le suicide.

[2] MSSS, ficher des décès 1996-1998.

HABILETÉS SOCIALES CHEZ LES ENFANTS DE 5 À 12 ANS

La compétence sociale repose à la fois sur **la capacité de l'enfant à satisfaire ses propres besoins sociaux et psychologiques et à créer et maintenir des liens satisfaisants avec les autres personnes**. La compétence sociale des jeunes émerge de transactions entre individus : elle est donc le résultat conjoint de l'enfant et de son environnement social. L'efficacité de l'interaction sociale sera toujours spécifique aux demandes et contraintes du contexte social particulier et aux objectifs sociaux de l'enfant. L'acquisition et le maintien des habiletés sociales **doivent se réaliser dans l'ensemble des contextes ou des milieux de vie où évoluent les enfants** : les habiletés acquises dans la cour d'école ne se généraliseront pas nécessairement à la maison ou vice versa.

On peut identifier deux composantes majeures de la compétence sociale :

- les capacités d'interagir positivement avec les autres personnes, et notamment la capacité d'initier des relations (la gêne et le retrait social étant souvent associés aux problèmes de compétence sociale);
- la capacité de résoudre des problèmes interpersonnels et des conflits. La capacité de résoudre ces problèmes de manière non-agressive ou pacifique est une composante importante de la compétence sociale.

Pendant la période de développement entre 5 et 12 ans, la perception de l'enfant de sa compétence sociale et les perceptions des autres personnes autour de lui commencent à converger, devenant robustes et plus difficilement modifiables. Dès l'âge scolaire, les répertoires d'habiletés des enfants sont bien établis. La période entre 5 et 12 ans est particulièrement critique, car les enfants s'orientent alors davantage vers leurs pairs et deviennent plus ouverts aux influences externes à la famille.

LE PROJET DE RECHERCHE VISAIT À RÉPONDRE AUX DEUX QUESTIONS DE RECHERCHE SUIVANTES :

1. **Quelles actions sont accessibles dans la région pour aider les enfants de 5 à 12 ans à acquérir, développer et maintenir leur compétence sociale?**

2. **Comment les actions du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides peuvent-elles renforcer et compléter ces processus?**

INTERVENTIONS ET CONDITIONS DE RÉUSSITE

Il existe plusieurs interventions chez les enfants de 5 à 12 ans voulant soit :

- promouvoir l'acquisition, le développement ou le maintien d'habiletés sociales;
- réduire les facteurs de risque associés aux déficiences dans les habiletés sociales;
- diminuer l'ampleur des conséquences des déficiences dans les habiletés sociales, telle l'agressivité.

On peut examiner les interventions selon deux grands axes : celles qui visent les problèmes d'externalisation (manifestations de déficiences dans les habiletés sociales dirigées vers les autres) et celles visant les problèmes d'internalisation (manifestations de déficiences de compétence sociale infligées à soi-même) qui peuvent porter sur différentes cibles.

POUR AGIR EN AMONT DES PROBLÈMES D'EXTERNALISATION :

- Développement de la capacité de réguler ses émotions, de contrôler l'impulsivité
- Développement des capacités à gérer le stress
- Développement des capacités de résolution de conflit
- Développement des habiletés de communication
- Diminution ou prévention des troubles de comportement
- Prévention ou diminution de l'agressivité
- Prévention de l'utilisation ou de l'abus de substances
- Prévention de l'échec scolaire
- Promotion de comportements prosociaux ou pacifiques
- Promotion du comportement sexuel sain

POUR AGIR EN AMONT DES PROBLÈMES D'INTERNALISATION :

- Diminution du retrait, gêne, inhibition sociale ou isolement volontaire
- Prévention ou diminution de l'anxiété, dépression, détresse
- Prévention de l'idéation suicidaire et du suicide
- Prévention de la victimisation

Plusieurs de ces interventions évaluées ont donné des résultats intéressants; cependant certaines interventions ont eu des effets nuls ou minimes ou elles sont disparues avec le temps.

Selon la littérature scientifique, les programmes d'intervention **efficaces** doivent intervenir **de façon cohérente et soutenue** dans **plusieurs milieux de vie** et utiliser des **stratégies d'acquisition multiples.** On retient en fait sept dimensions de l'efficacité des actions.

INTERVENTION GLOBALE, ÉCOLOGIQUE

L'action comporte au moins un certain degré de globalité ou présente un certain caractère écologique par le nombre et nature des milieux de vie, des systèmes sociaux et des cibles concernées.

ACTION AU SEIN DES MILIEUX DE VIE

L'action est présente dans plus d'un des différents milieux de vie de l'enfant: l'école, la maison, la communauté, ou autre.

STRATÉGIES MULTIPLES

L'action comprend un niveau minimal de diversité dans les stratégies utilisées relativement à l'acquisition, au développement et au maintien des habiletés sociales.

PARTICIPATION POTENTIELLE DES PARENTS

Il y a dans l'action des possibilités de participation parentale positive et un renforcement de la compétence parentale.

PRISE EN CHARGE PAR LES ENFANTS

L'action comporte un certain degré d'implication ou de prise en charge par les enfants : implication dans la planification, la mise en œuvre et la régulation de l'action, par exemple dans la formulation de règles de conduite et de conséquences si celles-ci ne sont pas respectées.

INTENSITÉ, CONTINUITÉ ET DURÉE

L'action implique un niveau d'intensité, de continuité ou de durée qui s'étend au-delà d'une seule rencontre, session, activité, ou consultation.

PARTENARIAT

L'action implique un partenariat réel entre les promoteurs, les milieux d'intervention et d'autres acteurs pertinents de la communauté.

Des interventions visant à promouvoir d'autres dimensions du développement peuvent aussi avoir des effets bénéfiques sur des aspects des habiletés sociales. Par ailleurs, une revue importante des programmes de promotion du développement social des adolescents a conclu que les programmes multidimensionnels impliquant une relation proche, stable et persistante avec un adulte, et ce pendant plusieurs années, sont les plus efficaces.

Pour s'assurer que les interventions rejoignent les jeunes et leurs familles (notamment dans le cas des interventions à caractère volontaire ou non-universel), elles doivent être conçues en fonction de leur faisabilité, leur intérêt et leur accessibilité. Elles doivent aussi tenir compte des barrières potentielles sur les plans géographique, organisationnel, linguistique ou culturel, des barrières imposées par les critères d'éligibilité ou tout autre pré-requis à la participation ainsi que des critères formels et informels de tolérance (par exemple, des enfants ayant des difficultés de comportement).

Il est également essentiel de s'assurer de la durabilité des interventions afin de maintenir la continuité, la cohérence et la stabilité auprès des enfants. Le maintien des actions à long terme sera facilité si elles émergent d'un partenariat entre la communauté et les décideurs, et si leur financement à long terme est assuré.

VOLET 1
BILAN DESCRIPTIF

IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DES ACTIONS DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES

Pour identifier et sélectionner les actions pertinentes à examiner, nous avons consulté les acteurs clé des communautés qui étaient susceptibles d'être au fait des actions, en procédant par stratégie "boule de neige" en trois vagues complémentaires :

- **VAGUE 1 :** **les intervenants** des réseaux publics formels de la santé et des services sociaux, les intervenants de l'éducation ainsi que des municipalités ;
- **VAGUE 2 :** **les autres secteurs** pertinents : organismes communautaires, club civiques, et mouvement scout;
- **Vague 3 :** **les personnes clés et les sources d'information identifiées** par les personnes contactées lors des deux premières vagues. Les informations recueillies ont été complétées par une revue de documents pertinents identifiés par les personnes consultées.

Une grille descriptive a été complétée pour chaque action identifiée. En plus des renseignements sur l'organisme promoteur, le territoire et les personnes contacts, la grille demandait aussi des informations identifiées par les chercheures comme importantes à la lumière de la littérature scientifique, notamment les aspects, composantes ou dimensions des habiletés sociales touchées selon les personnes rencontrées, les milieux d'action, l'implication des parents ou de la famille, et divers facteurs influençant l'accessibilité, qu'ils soient financiers, géographiques ou portant sur une sélection des participants.

Toutes les actions ont été classifiées comme ayant une action directe ou indirecte sur les habiletés sociales. Les actions qualifiées comme indirectes ont d'autres raisons d'être que les habiletés sociales mais peuvent les toucher indirectement ou par objectif secondaire. Une codification des actions selon les dimensions identifiées lors de la revue de la littérature scientifique a aussi été menée.

Au total 129 actions ont été identifiées : 119 actions de portée locale réparties dans les sept territoires de CLSC et 10 actions de portée ou de mandat régional ou sous-régional

(par exemple, pour l'ensemble d'une commission scolaire couvrant plus d'un territoire de CLSC).

Parmi les 129 actions, seulement 37 visent **directement** les habiletés sociales des enfants de 5 à 12 ans, les autres ne touchant les habiletés sociales ou les enfants qu'**indirectement**. La vaste majorité des actions sont de caractère **non-universel** : les enfants participent sur une base volontaire, par inscription ou par référence suite au dépistage d'un problème ou à une demande d'aide. D'autres actions ont une portée **universelle** : tous les enfants des groupes naturels y sont exposés.

En examinant les actions sous l'angle de leur orientation vers des problèmes d'adaptation sociale internalisés ou externalisés, on constate que 22 des actions repérées (17%) visent des problématiques associées à l'**internalisation**, tandis que 54 (42%) des actions – plus du triple visent l'**externalisation.**

Le **Tableau 1** indique la distribution des actions en fonction des secteurs assurant le rôle majeur dans leur leadership ou leur coordination, et selon que les actions agissent directement ou non sur les habiletés sociales. Ce tableau fournit également un aperçu de l'implication du réseau de la santé et des services sociaux dans les actions. Au total, le réseau est impliqué dans environ 15% des actions, dont 13 sur les 37 (35%) ayant une action directe auprès des enfants.

TABLEAU 1
SECTEURS PROMOTEURS DES ACTIONS

Secteurs	Actions indirectes	Actions directes	Total des actions
Scolaire	6	15	21
Communautaire	37	16	51
Municipal	35	0	35
Civique	12	2	14
Santé et services sociaux	2	4	6
Total	**92**	**37**	**129**
Actions impliquant santé ou services sociaux	***4***	***13***	***17***

L'analyse des actions repérées lors du bilan a aussi porté sur leurs caractéristiques selon les dimensions associées à l'efficacité des interventions ciblant l'acquisition, le développement ou le maintien des habiletés sociales. Le **Tableau 2** indique le nombre d'actions comportant chaque caractéristique et ce, sur deux dénominateurs différents : à savoir, l'ensemble des actions repérées (n = 129) et le sous-ensemble des actions ayant une action directe sur les habiletés sociales (n = 37).

TABLEAU 2
CARACTÉRISTIQUES DES ACTIONS SELON LES DIMENSIONS RETENUES

Caractéristiques	Nombre d'actions		Nombre d'actions directes	
	(n= 129)	%	(n = 37)	%
Intervention globale, écologique	37	29%	26	70%
Multiples milieux de vie	33	26%	25	68%
Stratégies multiples	33	26%	27	73%
Participation potentielle des parents	36	28%	27	73%
Prise en charge par les enfants	20	15%	15	41%
Intensité, continuité et durée : >1 session	68	53%	25	68%
Partenariat entre promoteurs et milieu	41	32%	26	70%

FORCES ET FAIBLESSES SUR LE PLAN RÉGIONAL

Le tableau qui précède nous fournit aussi un aperçu des forces et faiblesses régionales en termes d'efficacité potentielle des actions. Lorsqu'on regarde l'ensemble des actions (première colonne), on voit qu'environ 30% des actions, sur le plan régional, semblent s'orienter dans la direction suggérée par la littérature scientifique, notamment en ce qui concerne l'intervention à caractère global, impliquant des multiples stratégies d'intervention et milieux de vie, et ayant un rôle réservé aux parents. On constate également qu'environ la moitié des actions, sur le plan régional, implique plus d'une session ou séance pour les enfants. On voit aussi que les actions visant directement les habiletés sociales respectent de façon largement majoritaire ces mêmes dimensions (troisième colonne).

Sur le plan des forces, on constate qu'il y a effectivement un grand nombre de programmes, activités et services qui touchent ou qui impliquent des enfants de 5 à 12 ans et qui sont dispensés par plusieurs secteurs. La diversité des actions touchant de multiples facettes de la compétence sociale dans une variété de modalités est aussi considérable. Ceci représente en quelque sorte une richesse de possibilités à la fois pour rejoindre des jeunes et pour sensibiliser et mobiliser les organismes et les différents secteurs.

De plus, les actions déjà en place, qui visent les habiletés sociales directement, s'orientent vers les types d'intervention que la littérature scientifique recommande. Notamment, plusieurs impliquent des stratégies et des milieux d'intervention multiples visant à développer les habiletés des enfants, tout en renforçant leurs environnements afin de permettre la consolidation des acquis et le maintien de la compétence. Reconnaissant les limites inhérentes à l'intervention basée sur une seule séance d'intervention auprès des enfants, sans suivi, plusieurs actions (dans la mesure où les ressources le permettent)

comportent des interactions multiples, sur des périodes allant de plusieurs semaines à plusieurs mois, pour ainsi maximiser l'intensité et la durée de l'intervention. Ces orientations forment une base solide pour un futur développement, puisqu'elles indiquent que, sur le plan régional, les actions sont sur une bonne piste.

En ce qui concerne les faiblesses, on constate que la majorité des actions de la région qui rejoignent les enfants de 5 à 12 ans avec un souci pour les habiletés sociales, les aborde de façon indirecte, et parfois très générale, en mettant l'accent sur les règles de conduite, l'esprit d'équipe ou le jeu coopératif. Le potentiel de ces actions à contribuer à l'acquisition, au développement ou au maintien des habiletés sociales reste à évaluer : cependant on peut garder en tête la possibilité de les renforcer et d'outiller davantage leurs intervenants, tout en respectant leur première raison d'être.

On constate également que les actions se concentrent sur les habiletés sociales générales et les problèmes d'externalisation; il existe relativement peu d'activités concernant les comportements internalisés et, en conséquence, les facteurs de risque de détresse psychologique, de dépression, d'abandon scolaire, de suicide, etc. Ceci constitue donc un volet où l'action régionale pourrait être renforcée.

Une proportion importante des actions identifiées est de caractère non-universel. Dans l'état actuel des choses, ceci veut dire qu'on rejoint un sous-ensemble des enfants de la région dans les efforts directs ou indirects pour agir sur les habiletés sociales. Pour les actions qui fonctionnent sur une base de référence et de demande de service, leur capacité de rejoindre les enfants en plus grand besoin de soutien sur le plan des habiletés sociales reste à déterminer. Pour les actions volontaires qui impliquent un déboursé (soit pour les participants, soit pour les organismes), on pourrait se questionner sur leur accessibilité aux familles et aux sous-territoires les plus démunis et les plus à risque.

L'avantage sur le plan de l'accessibilité des interventions à l'école réside certes dans leur caractère universel (tous les enfants sont rejoints). Il est également possible, dans le contexte scolaire, de mener des formes d'intervention individualisée, pour les enfants dépistés ou référés, et/ou sur une base volontaire. Par contre, actuellement, la diffusion des différentes actions au sein des écoles de la région semble très variable même s'il existe une véritable pléthore de programmes, d'interventions et de services parmi lesquels les professeurs, les directions ou les conseils d'établissement peuvent choisir.

Quant à l'implication des différents secteurs dans l'action auprès des 5 à 12 ans, le secteur communautaire est largement le plus présent et ce, tant dans l'action visant directement les habiletés sociales que dans les actions les touchant indirectement. Le secteur de la santé et services sociaux, pour sa part, est le moins impliqué à titre de promoteur ou acteur clé; toutefois sa présence se concentre dans les actions directes. Les actions identifiées illustrent plusieurs formes de complémentarité que ce secteur pourrait entretenir avec les autres partenaires de tous les secteurs mais généralement il joue un rôle de partenaire avec les milieux communautaire et scolaire. Il est relativement peu présent dans les actions menées au sein des municipalités.

Dans l'ensemble, ce portrait global de l'action régionale révèle des orientations générales intéressantes pouvant être renforcées et consolidées. On peut considérer le grand nombre d'actions et d'acteurs comme des occasions d'aller plus loin, de manière plus concertée, pour l'acquisition, le développement et le maintien des habiletés sociales chez les jeunes de 5 à 12 ans.

VOLET 2
ÉTUDE APPROFONDIE D'UN SOUS-ENSEMBLE D'ACTIONS

CHOIX DES ACTIONS ÉTUDIÉES

Pour illustrer les forces et identifier des pistes pouvant combler les lacunes présentes dans l'action régionale, et afin d'explorer comment le réseau de la santé et des services sociaux pourrait renforcer et compléter cette action, le Comité des promoteurs a participé au choix d'un sous-ensemble de 24 actions parmi les actions identifiées au Volet 1 de l'étude. Ces actions ont été sélectionnées selon certains critères d'efficacité potentielle relevés dans la littérature scientifique, les conditions favorables d'implantation et de maintien dans lesquelles elles se tenaient, une représentation de tous les types d'action, des secteurs d'activités et des territoires identifiés lors du Volet 1, ainsi que le caractère novateur des actions.

Des 24 actions retenues par le Comité, il a été possible de recueillir des informations sur 19 d'entre elles, les autres n'étaient pas disponibles ou n'existaient plus. Les porteurs de ces actions, projets ou programmes ont été invités à présenter un kiosque lors du colloque régional en octobre 2002.

ACTION RÉGIONALE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Un des objectifs principaux de ce projet était d'analyser l'action régionale du réseau de la santé et des services sociaux sur la problématique des habiletés sociales des enfants de 5 à 12 ans afin de comprendre comment le réseau pourrait mieux répondre aux besoins, renforcer et compléter les actions déjà en place. Cette analyse devait tenir compte non seulement des rôles spécifiques joués par les autres secteurs mais aussi des conditions de réussite de l'implantation et du maintien des actions. L'analyse matricielle des données sur les rôles des différents secteurs et les rôles actuels et potentiels du réseau de la santé et des services sociaux a permis de dégager des **modèles** de partage des rôles ainsi que des **enjeux** connexes, puis des **rôles types** qui en découlent.

MODÈLES DE PARTAGE DE RÔLES

L'examen des rôles joués par les différents secteurs dans les actions étudiées plus en profondeur suggère qu'il existe, même parmi ce petit nombre d'actions, plusieurs modèles de partage des rôles. Comme c'est par le biais des secteurs scolaire et municipal que le plus grand nombre d'enfants sont rejoints de manière universelle, on devrait accorder une attention particulière aux modèles qui touchent ces deux secteurs.

Dans le modèle qu'on peut qualifier de **services externes** (ou services achetés), un organisme est invité à offrir des interventions auprès des enfants, le plus souvent en mode d'atelier en groupe-classe. L'intervention auprès des enfants peut être accompagnée par des activités de formation ou de sensibilisation pour le personnel scolaire et/ou les parents. Il y a souvent des frais associés, bien qu'ils ne couvrent qu'une portion des coûts réels de l'intervention.

Dans un deuxième modèle, le **bénéfice mutuel négocié,** les secteurs négocient des ententes entre eux pour établir des liens d'intervention qui apportent des bénéfices à chacun. Chaque secteur assume ses propres coûts. Notons que ce modèle s'applique à des échanges de services très précis; ces services semblent vulnérables aux changements de contexte ou de paramètres de participation. Autrement dit, si un des éléments ou paramètres changeait, il ne serait pas nécessairement possible pour les autres partenaires de le remplacer, comme ce serait le cas dans le modèle de services externes.

Dans le modèle de **concertation,** plusieurs partenaires travaillent ensemble pour monter et implanter une intervention auprès les jeunes. Chaque secteur joue un rôle précis ; l'intervention est souvent axée sur les milieux de vie et elle est de nature globale (ou, du moins, s'étend à l'extérieur des groupes-classes). Ce type de modèle est le plus souvent associé à des projets subventionnés; la pérennité des actions dépend alors à la fois de la capacité des partenaires d'assumer les coûts du projet après la subvention et du maintien de la structure de concertation.

Le secteur de la santé et des services sociaux, dans les actions que nous avons étudiées, est impliqué dans les deux derniers modèles, surtout dans le modèle de concertation.

Le secteur scolaire semble avoir une préférence ou une facilité d'accueil pour le modèle des services externes, bien qu'il participe au bénéfice mutuel négocié à l'initiative des autres secteurs (communautaire et santé et services sociaux).

Les organismes communautaires, quant à eux, s'impliquent fréquemment dans des projets du modèle de concertation, mais aussi dans le modèle de services externes – peut-être en raison de leur précarité financière.

ENJEUX

L'examen des rôles des secteurs impliqués a également permis d'identifier quelques enjeux auxquels le réseau de la santé et des services sociaux aura à faire face en se définissant un rôle de renfort auprès des autres secteurs.

Actions en marge des priorités

Ni la problématique de la compétence sociale ni les enfants de 5 à 12 ans ne se retrouvent parmi les priorités actuelles des bailleurs de fonds publics. Les actions destinées à améliorer les habiletés sociales sont souvent réalisées à la marge des activités existantes, avec un financement précaire. Parce qu'il contribue en quelque sorte à cette précarité par l'octroi de fonds non-récurrents, il serait très pertinent que le réseau de la santé et des services sociaux se penche sur les moyens de s'assurer de la transférabilité et de la durabilité des projets qui débutent par des subventions non-récurrentes.

Couverture régionale

Il est clair que l'accès des jeunes aux actions visant l'acquisition, le développement et le maintien de la compétence sociale n'est pas universel à travers la région. Si le réseau de la santé et des services sociaux veut contribuer à une couverture de la population plus égale et équitable, il aura à faire face à la structure du système scolaire, entre autres, avec ses multiples commissions scolaires et la décentralisation importante de la gestion des écoles. Pour implanter une vision régionale, des objectifs clairs de couverture des territoires, accompagnés par des stratégies systématiques de diffusion, seront requis. Ces stratégies doivent permettre de prendre en compte la situation actuelle : dynamique mais un peu anarchique.

Dédoublement et chevauchement

Bien que l'accès aux programmes soit limité, il existe un certain niveau de dédoublement et de chevauchement parmi les actions visant la compétence sociale des enfants à 5 à 12 ans. Plusieurs actions et leur matériel d'accompagnement contiennent essentiellement le même contenu tout en présentant des adaptations locales. L'enjeu pour le réseau de la santé et des services sociaux serait d'agir de manière à stimuler l'innovation et l'adaptation locale des programmes disponibles tout en facilitant l'accès des intervenants à des programmes et ce, sans forcer l'uniformité. La question du contrôle central de la nature de l'intervention lors de sa diffusion se pose également : jusqu'à quel point est-il approprié que le réseau s'impose avec des recommandations ou des lignes directrices? Il est à noter que certains organismes communautaires mènent des programmes tout à fait standardisés au niveau provincial; mais la question de savoir si le réseau public devrait émuler ce modèle reste à poser. L'enjeu est encore plus délicat lorsqu'on considère le fait que plusieurs organismes, parmi ceux qui offrent des interventions semblables, le font sur une base de services rémunérés, dont leur survie financière dépend en partie.

Il semble également exister des chevauchements entre les rôles que jouent les différents secteurs. On pense par exemple, à l'intervention thérapeutique de type services courants (CLSC) dispensée par un organisme communautaire, ou encore à la similitude des rôles joués par les intervenants de CLSC et les techniciens en éducation au sein des écoles.

Cette situation n'est pas nécessairement mauvaise en soi (étant donné qu'elle reflète possiblement des impératifs d'organisation de services locaux) mais elle témoigne du fait que les rôles des différents secteurs ne sont pas tout à fait clairs, nets et précis. Si le réseau de la santé et des services sociaux veut renforcer et compléter les actions des autres secteurs, il devra composer avec ces différentes visions des rôles à jouer.

Diffusabilité des interventions

Les actions identifiées lors de cette étude faisaient preuve d'une très grande diversité dans la conception de leur implantation et leur prise en charge. Certaines actions peuvent être implantées par un intervenant qui obtient le guide d'animation sans aucune formation; d'autres exigent l'implantation de façon très précise par des intervenants formés et accrédités. On ne peut pas se prononcer ici sur les avantages et les limites de ces approches, mais on doit souligner que ces différences sont une source de désaccord parmi les organismes de la région. Le réseau de la santé et des services sociaux, s'il s'aventure sur ce terrain, doit être sensibilisé aux différents points de vue concernant les approches à la diffusion des actions.

Autonomie des groupes communautaires et la présence de conflits d'idéologie

Enfin, il existe comme toile de fond dans ce domaine d'intervention comme dans d'autres, la question des rôles et relations entre les secteurs public et communautaire. Bien que la politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire[3] ait voulu clarifier ces rôles et statuts, des tensions persistent notamment en ce qui concerne le financement et l'autonomie du secteur communautaire. De plus, dans les domaines connexes aux habiletés sociales des enfants (notamment en toxicomanie), il semble exister des conflits de vision ou d'idéologie entre le public et le communautaire. Ces tensions représentent un enjeu pour les rôles potentiels du réseau de la santé et des services sociaux.

RÔLES TYPES

La recherche a également identifié trois rôles types que pourrait jouer le réseau de la santé et des services sociaux pour développer davantage l'action régionale :

1- l'expertise de contenu en développement et en évaluation de programmes;
2- le soutien à l'intervention clinique ou thérapeutique;
3- le soutien au réseau scolaire dans la diffusion et la mise en œuvre des actions.

Chacun de ces trois rôles pourrait avoir une importance dans l'avancement de l'action régionale, mais selon certaines modalités variables. Ces éléments seront repris lors de la discussion.

---

[3] « L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec », Direction des communications, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Gouvernement du Québec, septembre 2001. Site web pour consultation : http://www.mess.gouv.qc.ca/francais/saca/publications/politiquesaca.pdf

VOLET 3
COLLOQUE RÉGIONAL

Sous le thème de ***Et si on mettait nos forces ensemble ! Pour développer les habiletés sociales de nos jeunes de 5 à 12 ans***, le Comité des promoteurs a tenu un colloque régional, le 11 octobre 2002, invitant les intervenants de la région des Laurentides à prendre connaissance des résultats de recherche et à partager leurs expériences. Le but du colloque était de stimuler une mobilisation régionale pour favoriser la mise en place d'actions faisables, efficaces et durables visant l'acquisition, le développement et le maintien de la compétence sociale chez les 5 à 12 ans.

Au total 119 personnes se sont inscrites au colloque, dont plus de la moitié provenait du secteur de la santé et des services sociaux, un tiers du secteur communautaire, le reste du milieu scolaire et des loisirs municipaux. La journée était orchestrée autour de la présentation des résultats de la recherche, des kiosques tenus par les représentants d'une bonne partie des actions étudiées en profondeur par les chercheurs et d'un débat sur les rôles des différents secteurs dans l'action entourant les habiletés sociales chez les 5-12 ans des Laurentides. Bien qu'il ait soulevé un intérêt marqué pour les résultats de la recherche et des échanges animés entre les participants, le colloque n'a pas provoqué la stimulation attendue pour une mobilisation régionale.

DISCUSSION ET CONCLUSION

À la grande question de savoir ***comment les actions du réseau de la santé et des services sociaux pourraient renforcer et compléter celles que mènent les acteurs des autres secteurs***, l'ensemble des travaux de la recherche nous ont orienté vers une triple réponse.

On l'a dit, trois rôles types pourraient être joués par le réseau à cet effet, à savoir un rôle d'expert de contenu en développement et en évaluation de programmes, un rôle de soutien à l'intervention clinique thérapeutique et un rôle de soutien au système scolaire dans la diffusion et la mise en œuvre des actions. Ces rôles seraient exercés à différents niveaux, par différentes composantes du réseau de la santé et des services sociaux, à l'intention de différents secteurs et selon les formes de concertation appropriées. L'exercice de ces différents rôles devrait se poser dans la perspective des enjeux régionaux identifiés au Volet 2 de la recherche.

Par exemple, si **le rôle d'expert de contenu** était joué par la Direction régionale de santé publique des Laurentides, les enjeux du dédoublement et du chevauchement des actions au sein de la région pourraient s'atténuer par la création d'outils communs pour mieux connaître et analyser les différents programmes, notamment en termes d' «implantabilité » et d'efficacité, et même par l'énoncé de recommandations pour les organismes locaux désireux d'agir sur les habilités sociales des jeunes. L'exercice d'un tel rôle par une instance régionale permettrait aussi de mieux cerner les modalités de diffusion des actions. Mais pour exercer ce rôle, le réseau de la santé et des services sociaux devra se sensibiliser aux enjeux idéologiques associés aux formes d'intervention. Tenir compte de ces enjeux voudrait dire reconnaître que les différences entre les acteurs et leurs actions ne sont pas banales. Il est toutefois évident que de bien naviguer à travers ces différences en tant qu'expert de contenu posera des défis importants pour les intervenants du réseau.

Quant à un **rôle de soutien à l'intervention clinique**, les CLSC détiennent déjà ce mandat spécifique, et, dans la plupart des territoires, les CLSC ont développé des liens avec les réseaux scolaire et communautaire relativement à la référence des enfants et des familles en besoin d'intervention. Cependant, compte tenu des forces considérables d'organisation et de mobilisation communautaire acquises par les équipes des CLSC ainsi que leur mandat de prévention, le réseau pourrait dépasser sa façon actuelle d'exercer son soutien à l'intervention clinique. Il devra aussi maintenir et améliorer le dépistage, la référence et l'intervention précoce tout en offrant les bons services aux bons endroits et en renforçant les liens de communication entre les services sur le plan local. Il serait à cet effet intéressant d'étudier en profondeur des exemples de réussite de partenariat qui existent dans la région au niveau local.

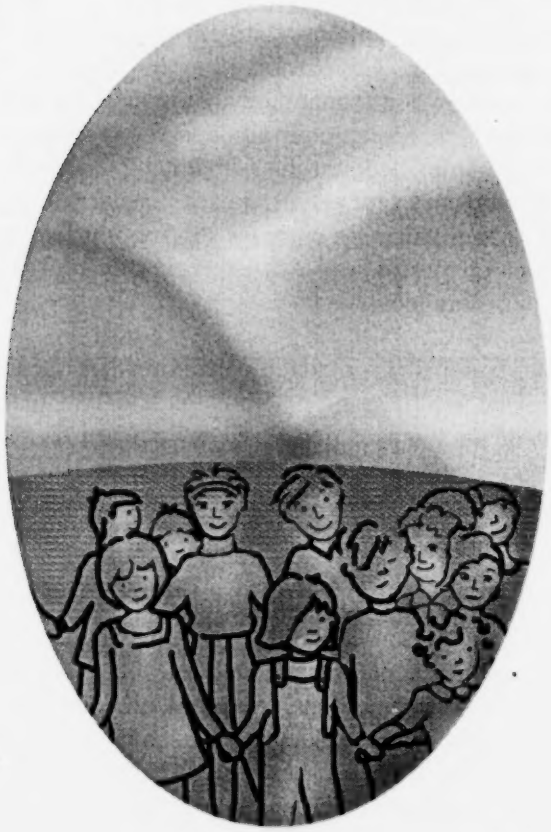
Finalement, c'est le **rôle de soutien au système scolaire** dans la diffusion et la mise en œuvre des actions que réside le plus grand potentiel de développement mais aussi les plus grands défis du réseau de la santé et des services sociaux. Certains projets existants démontrent le potentiel qu'offrent des actions locales concertées autour des écoles et les liens intersectoriels forts en s'appuyant notamment sur un secteur communautaire robuste et durable.

Ceci fait émerger certains enjeux dont celui lié au fait que **les liens de concertation** entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau scolaire soient quasi en totalité à construire, surtout à des niveaux organisationnels élevés comme les instances supra-territoriales ou régionales, et ce même dans une problématique qui les intéresse tout les deux de façon certaine, telles les habiletés sociales. L'enjeu d'une **couverture régionale** plus équitable et mieux axée sur les besoins de la population s'avère être une responsabilité des diverses instances régionales et ne pourra être assumée que par la collaboration étroite entre toutes celles-ci.

De façon plus globale, la question des **ressources** constitue un enjeu majeur à une action régionale concertée et efficace. Aucun des réseaux publics ne considère détenir les

ressources nécessaires pour s'avancer de manière consolidée ou pour assumer le leadership dans le dossier.

L'état de situation mis en lumière par les différents volets de la recherche, révélant une profusion d'actions mais peu de consolidation et peu de leadership intersectoriel, semble trouver ses racines dans cette valse-hésitation. Tout en considérant les rôles de soutien que les secteurs peuvent jouer les uns auprès des autres, il semble clair qu'il faudra démontrer la volonté de transcender les frontières organisationnelles et imaginer des actions concertées efficaces en fonction des ressources collectives dans les milieux de vie réels des jeunes ; il faudra ainsi minimiser les barrières et maximiser les contributions de chacun des secteurs. À cet égard, il semble que l'objectif de mobilisation régionale posera encore des défis importants.



RAPPORT DE RECHERCHE

HABILETÉS SOCIALES

des enfants de 5 à 12 ans

Appréciation des pratiques relatives à l'acquisition et au développement des habiletés sociales chez les enfants de 5 à 12 ans dans la région des Laurentides

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
la santé *mieux* pensée

HABILETÉS SOCIALES

des enfants de 5 à 12 ans

Rapport de recherche

Appréciation des pratiques relatives à l'acquisition et au développement de la compétence sociale chez les enfants de 5 à 12 ans dans la région des Laurentides

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

la santé *mieux* pensée

RÉDACTION

Natalie Kishchuk, PhD
Évaluation de programmes et recherche sociale appliquée

Louise Leduc, MSc
Université de Sherbrooke

COLLABORATION À LA RÉDACTION

Judith Légaré

COORDINATION

Huguette Crête

MISE EN PAGE

Nicole Goyer

CONCEPTION DES ILLUSTRATIONS

Évelyne Butt

COMMUNICATION

Gilles Chaput

PUBLICATION

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides
1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6
Téléphone : (450) 436-8622
Télécopieur : (450) 432-8712
Internet : http ://www.rrsss15.gouv.qc.ca
Courriel : courrier@rrssss15.gouv.qc.ca

ISBN : 2-89547-060-X
Dépôt légal : 3e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

LA RÉALISATION DE CE PROJET DE RECHERCHE A ÉTÉ RENDUE POSSIBLE GRÂCE À UNE SUBVENTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE SUBVENTIONS EN SANTÉ PUBLIQUE.

LA FORME MASCULINE UTILISÉE DANS CE TEXTE DÉSIGNE, LORSQU'IL Y A LIEU, AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMES.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 5

BUTS, CONTEXTE ET QUESTIONS DE RECHERCHE 7

PROBLÉMATIQUE DE LA COMPÉTENCE SOCIALE CHEZ LES ENFANTS DE 5 À 12 ANS ET SES IMPLICATIONS SUR L'ANALYSE DES ACTIONS DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES 9

Définition de la compétence sociale chez les enfants de 5 à 12 ans 9
Composantes de la compétence sociale chez les enfants de 5 à 12 ans 10
Processus d'acquisition et de maintien de la compétence sociale 12
Interventions visant à promouvoir la compétence sociale des enfants de 5 à 12 ans 13
Implications pour l'analyse des actions dans la région des Laurentides 17
Survol de l'approche méthodologique et volets de l'étude 17

VOLET 1 BILAN DESCRIPTIF DES ACTIONS 19

1.1 OBJECTIFS 21

1.2 PROCÉDURES DE COLLECTE DE L'INFORMATION 21

1.2.1 Identification des actions 21
1.2.2 Collecte des données 23

1.3 ANALYSE ET RÉSULTATS 25

1.3.1 Analyse 25
1.3.2 Description de l'action régionale 26
1.3.3 Description selon les dimensions retenues 29
1.3.4 Résumé des forces et faiblesses sur le plan régional 30

1.4 CRÉATION DU RÉPERTOIRE À L'INTENTION DES INTERVENANTS 32

VOLET 2 ÉTUDE EN PROFONDEUR D'UN SOUS-ENSEMBLE D'ACTIONS .. 33

2.1 OBJECTIFS 35

2.2 PROCÉDURE DE COLLECTE DE L'INFORMATION 35

2.2.2 Collecte de données 36
2.2.3 Analyse 37

2.3 RÉSULTATS 38

2.3.1 Actions étudiées 38
2.3.2 Synthèse des études de cas selon les dimensions retenues 66
2.3.2 Comment le réseau de la santé et des services sociaux pourrait-il renforcer et compléter l'action régionale? 68

VOLET 3 COLLOQUE RÉGIONAL 75

3.1 OBJECTIFS 77

3.2 ASPECTS ORGANISATIONNELS 77

3.2.1 Comité organisateur 77
3.2.2 Participants 78
3.2.3 Actions étudiées et participantes 78
3.2.4 Déroulement 79

3.3 RÉSULTATS 80

3.3.1 Panélistes invités : leurs propos 80
3.3.2 Période d'échanges 83

3.4 ÉVALUATION 85

3.4.1 Satisfaction exprimée par les participants 85
3.4.2 Suites à donner au colloque et commentaires des participants 86
3.4.3 Atteinte des objectifs du colloque 87

DISCUSSION : RÔLES, ENJEUX ET PRÉOCCUPATIONS 89

4.1 QUELLES ACTIONS SONT ACCESSIBLES DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES? 91

4.2 COMMENT LES ACTIONS DU RÉSEAU PEUVENT-ELLES RENFORCER ET COMPLÉTER CES PROCESSUS? 91

4.2.1 Rôle d'expert de contenu en développement et évaluation de programmes 92
4.2.2 Rôle de soutien à l'intervention clinique 93
4.2.3 Rôle de soutien au système scolaire dans la diffusion et la mise en œuvre des actions 94

4.3 ENJEUX ET PRÉOCCUPATIONS 94

4.3.1 Interventions intersectorielles 94
4.3.2 Couverture régionale 95
4.3.3 Valorisation du rôle du secteur municipal 95
4.3.2 Ressources disponibles 95

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 97

BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES 101

Introduction

BUTS, CONTEXTE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette étude a pour but de connaître et d'apprécier la qualité des actions interventions, pratiques et activités) réalisées dans les territoires de la région des Laurentides et qui agissent au niveau de l'acquisition, du développement, du maintien et de la mise en application de la compétence sociale des enfants de 5 à 12 ans.

*Par **compétence sociale**, on entend des ressources et habiletés personnelles et sociales que les jeunes peuvent acquérir et utiliser pour faire face aux défis de la maturation, de la formation de l'identité individuelle et sociale, et de l'adaptation sociale dans les contextes de leur environnement familial, scolaire et communautaire*[1].

Cette compétence agit comme facteur de protection pour les jeunes dans des situations de stress, et de vulnérabilité personnelle et sociale. Nous nous sommes donc intéressés aux actions pouvant contribuer à la prévention de problèmes divers et connexes aux difficultés d'adaptation et d'intégration sociale : suicide, délinquance et troubles de comportement, toxicomanie, décrochage scolaire et violence.

[1] Dans ce rapport, l'expression « compétence sociale » désigne la qualité globale, composée d'un ensemble d'habiletés spécifiques. Pour éviter la confusion avec le concept de « compétences » sous-jacent à la récente réforme du curriculum scolaire du primaire, les communications publiques portant sur cette recherche porteront plutôt l'expression « habiletés sociales ».

Comme le **Tableau 1** l'indique, la région des Laurentides affiche des taux semblables ou plus élevés que la moyenne provinciale dans certaines de ces problématiques.

TABLEAU 1

TAUX DE CERTAINES PROBLÉMATIQUES RELIÉES À LA COMPÉTENCE SOCIALE DES ENFANTS, RÉGION DES LAURENTIDES ET LE QUÉBEC[2]

	LAURENTIDES	QUÉBEC
CRIMINALITÉ (infractions au code criminel, taux / 1000 habitants, 1998)	68,3	63,8
ABANDON ET RETARD SCOLAIRE (proportion de personnes âgées de 15 à 19 ans n'ayant pas complété 9 ans de scolarité, 1996)	8,4	7,8
DÉTRESSE (proportion des personnes âgées de 15 ans et plus qui présentent un niveau élevé de détresse, 1998)	21,3	20,1
SUICIDE[3] (hommes, décès par 100,000, 1995 à 1997)	34,1	31.4
UTILISATION DE DROGUES ILLÉGALES (infractions lois fédérales, taux / 1000 habitants, 1998)	2,3	1,9

Ce projet de recherche a été proposé et dirigé par un Comité de promoteurs, formé des principaux acteurs institutionnels de la région en ce qui concerne le sain développement des enfants: les CLSC de la région des Laurentides, la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, le Centre jeunesse des Laurentides, le bureau régional du ministère de l'Éducation et le Centre de réadaptation André-Boudreau. Le Comité des promoteurs souhaitait que le projet de recherche cible les deux objectifs suivants : apporter un éclairage analytique et critique sur l'état de la situation inhérente aux habiletés sociales des 5-12 ans et s'interroger pour savoir comment l'action régionale du réseau de la santé et des services sociaux, sur cet aspect du développement des enfants, pourrait être améliorée afin de mieux répondre aux besoins.

Deux questions de recherche ont alors été formulées.

DANS LE CONTEXTE DES MILIEUX NATURELS OÙ ÉVOLUENT LES ENFANTS DE 5 À 12 ANS DE LA RÉGION DES LAURENTIDES :

1- **QUELLES ACTIONS SONT ACCESSIBLES POUR LES AIDER À ACQUÉRIR, DÉVELOPPER ET MAINTENIR LA COMPÉTENCE SOCIALE?**

2- **COMMENT LES ACTIONS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX PEUVENT-ELLES RENFORCER ET COMPLÉTER CES PROCESSUS?**

[2] www.rrsss15.gouv.qu.ca/portrait_sante

[3] MSSS, fichier des décès, 1996-1998

PROBLÉMATIQUE DE LA COMPÉTENCE SOCIALE CHEZ LES ENFANTS DE 5 À 12 ANS ET SES IMPLICATIONS SUR L'ANALYSE DES ACTIONS DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES

DÉFINITION DE LA COMPÉTENCE SOCIALE CHEZ LES ENFANTS DE 5 À 12 ANS

Parmi les nombreux modèles théoriques de la compétence sociale chez les enfants, nous avons adopté le modèle prisme de Rose-Krasnor (1997). Ce modèle intègre plusieurs définitions opérationnelles existantes, proposant que la compétence sociale repose à la fois sur **la capacité de l'enfant à satisfaire à ses propres besoins sociaux et psychologiques ainsi qu'à créer et à maintenir des liens satisfaisants avec autrui**. Par l'expérience dans l'initiation et le maintien des relations sociales avec les personnes significatives, l'enfant acquerrait une croyance en sa propre efficacité sociale (c'est-à-dire, la capacité de satisfaire à ses besoins et à ceux des autres), qui déterminera ses attentes et son image de lui-même à titre d'être social. L'enfant qui n'a pas développé les habiletés sociales lui permettant d'initier et de maintenir des relations satisfaisantes, qui a vécu peu d'expériences sociales positives, ou qui a vécu des expériences de rejet ou de marginalisation, développera des croyances et une image de soi négatives alors que l'enfant qui a développé et expérimenté un répertoire d'habiletés sociales lui permettant de vivre des expériences sociales positives aura des attentes et une image de soi positives.

Un aspect important de ce modèle consiste en la reconnaissance de l'aspect situationnel de la compétence sociale des jeunes qui émerge de transactions entre individus et qui est donc le résultat conjoint de l'enfant et de son environnement social. Dans ce sens, le modèle cadre bien avec le modèle écologique de la promotion de la santé qui présente la santé comme un produit de l'interdépendance entre l'individu et les sous-systèmes de l'écosystème (famille, communauté, culture, environnement physique et social) (McLeroy et al., 1988; MacDonald et al., 1992). L'efficacité en interaction sociale sera toujours spécifique aux demandes et aux contraintes du contexte social particulier ainsi qu'aux objectifs sociaux de l'enfant dans ce contexte (voir aussi Erdley & Asher, 1999). Bien que des enfants puissent avoir acquis certaines habiletés sociales, plusieurs facteurs, tels la motivation ou le stress, peuvent limiter ou freiner leur capacité de les exercer dans des situations spécifiques. Ceci nous indique que l'acquisition et le maintien des habiletés sociales doivent se réaliser dans l'ensemble des contextes ou des milieux de vie dans lesquels évoluent les enfants : les habiletés acquises dans la cour d'école ne se généraliseront pas nécessairement à la maison ou inversement.

Le modèle de Rose-Krasnor nous amène à concevoir la compétence sociale de l'enfant comme cadre organisateur de l'interaction, composé de l'enfant et son répertoire d'habiletés, des personnes avec qui il interagit ainsi que des éléments, des situations ou des milieux de vie dans lesquels il évolue. Lorsque ce cadre organisateur permet à l'enfant d'être efficace dans ses interactions sociales (capable de satisfaire à ses besoins et à ceux des autres dans une situation donnée), on peut parler de compétence sociale adéquate; mais lorsque le cadre organisateur fait en sorte que l'enfant, dans un contexte donné, n'arrive pas à satisfaire à ses besoins sociaux ou à connaître des relations positives, on peut parler de compétence sociale inadéquate ou déficiente. C'est donc cette déficience qui constitue un facteur de risque pour les problèmes d'adaptation ou d'intégration sociale, surtout lorsqu'elle s'installe dans un cercle vicieux où l'enfant vit de plus en plus d'expériences et d'interactions négatives et ce, dans plusieurs milieux de vie.

COMPOSANTES DE LA COMPÉTENCE SOCIALE CHEZ LES ENFANTS DE 5 À 12 ANS

La littérature scientifique identifie deux composantes majeures de la compétence sociale.

1- ***Les capacités d'interagir positivement avec les autres personnes (adultes et enfants).*** Cette dimension comprend la capacité d'initier des relations, la gêne et le retrait social étant souvent associés aux problèmes de compétence sociale. Les enfants qui démontrent des comportements de retrait, lors de situations sociales, se considèrent moins compétents dans plusieurs domaines et ils sont ainsi perçus plus négativement par leurs professeurs et leurs pairs (Rubin, Chen & Hymel, 1993; Hymel Bowker, & Woody, 1993). Ils présentent aussi des taux de comportement d'internalisation plus élevés (Bohlin, Bengstgard & Andersson, 2000; Hymel et al., 1990) que leurs pairs moins timides. Cette dimension comprend également la capacité d'adopter la perspective des autres et l'empathie, toutes deux exprimées par des comportements prosociaux. Des recherches démontrent que les comportements prosociaux des enfants sont reliés à leur degré d'acceptation par leurs pairs (Wentzel & McNamara, 1999).

2- ***La capacité de résoudre des problèmes interpersonnels***. La capacité de résoudre des problèmes sociaux et des conflits de manière non agressive ou pacifique est une composante importante de la compétence sociale. Plusieurs recherches portant sur l'agressivité et la victimisation des enfants indiquent que les enfants qui maîtrisent bien leurs émotions, notamment la frustration et la colère, sont perçus par leurs professeurs et leurs parents comme ayant un comportement social plus approprié (Eisenberg et al., 1995). Les enfants qui démontrent des comportements agressifs sont perçus plus négativement par leurs pairs (Rubin, Chen & Hymel, 1993; Hymel Bowker, & Woody, 1993) et sont plus sujets à démontrer des problèmes d'externalisation plus tard dans l'enfance (Hymel et al., 1990). Les enfants rejetés, selon les cotations sociométriques, sont plus à risque de démontrer des comportements agressifs ou d'être victimes d'agression. De plus, les enfants victimisés ont une perception plus négative d'eux-mêmes et se perçoivent comme

moins acceptés socialement (Boulton & Smith, 1994). Le double statut d'agression et de victimisation présente le plus grand risque de piètre ajustement social (Hess & Atkins, 1998).

Pendant la période de développement qui nous préoccupe, la perception de l'enfant envers sa compétence sociale et les perceptions des autres personnes autour de lui commencent à converger, devenant robustes et plus difficilement modifiables. À partir de l'âge de cinq ans, les enfants développent une perception relativement juste et précise de leur propre compétence (Measelle et al., 1998); dès l'âge scolaire, les perceptions que possèdent les enfants par rapport à leur compétence sociale dans des domaines spécifiques reflètent bien ce qu'en perçoivent leurs professeurs, leurs parents et leurs pairs (par ex., Cole, Maxwell & Martin, 1997; Hess & Atkins, 1998; Hymel, Bowker & Woody, 1993).

CONSÉQUENCES DE LA COMPÉTENCE SOCIALE

Il est hors de doute que la compétence sociale acquise durant l'enfance agit comme facteur de protection contre une gamme de problèmes sociaux à l'adolescence et à l'âge adulte, y compris les troubles de comportement, l'utilisation ou l'abus de substances psychoactives (Lifrak et al., 1997; Scheier, & Botvin, 1998; Jackson et al., 1997), l'échec scolaire (Dumas, Prinz, Smith, Laughlin, 1999), et le comportement sexuel à risque (Nangle & Hansen, 1998; Scaramella et al., 1998). La période entre 5 et 12 ans est particulièrement critique puisque pendant ces années les enfants s'orientent davantage vers leurs pairs et deviennent plus ouverts aux influences externes à la famille. Par exemple, une étude avec des enfants en troisième et cinquième années a démontré que la compétence sociale inadéquate est associée à l'utilisation précoce de l'alcool et du tabac, à leur tour associées à une forte consommation à l'adolescence (Jackson et al., 1997). Des enfants ayant des habiletés sociales limitées au début du primaire démontrent plus d'agressivité à la fin du primaire (Sutto, Cowen, Crean & Wyman, 1999). Une relation a été établie entre des déficiences de compétence sociale et la présence de symptômes d'anxiété, de dépression, d'émotions négatives (Cole et al., 1999; Crocker & Hakim-Larsen, 1997), d'idéation suicidaire (Crocker & Hakim-Larsen, 1997) ainsi que des comportements externalisants (Frankel & Myatt, 1996).

La compétence sociale est reliée à la compétence dans d'autres domaines, y compris la performance scolaire (Luthar, 1995). Par exemple, une étude démontre que la qualité des relations sociales et le sentiment de relations aux autres enfants influencent l'auto-perception de la compétence académique et apportent des changements dans cette performance (Guay, Boivin et Hodge, 1999). Wentzel et Caldwell (1997), dans une étude longitudinale auprès d'enfants de 6^{e} année, démontrent que la qualité des relations sociales, issue de la compétence sociale, influence indirectement la performance scolaire (voir aussi Wentzel, 1991). Une étude menée auprès d'enfants de la maternelle indique que leur capacité de former des relations amicales au début de l'année a été associée à la performance scolaire, et que la formation de nouvelles relations a été associée à des gains de performance (Ladd, 1990). Une autre étude longitudinale indique que le comportement antisocial pendant l'enfance est associé à l'échec scolaire et aux problèmes de compétence au travail à l'âge adulte. (Masten et al., 1995).

PROCESSUS D'ACQUISITION ET DE MAINTIEN DE LA COMPÉTENCE SOCIALE

Les processus d'acquisition des habiletés sociales débutent dès la naissance et sont largement influencés par la qualité de l'attachement parental (Svanberg, 1998; Van Aken & Riksen-Walraven, 1992) et des milieux de garde (Campbell, Lamb & Hwang, 2000). Par exemple, les enfants à l'âge de la maternelle qui vivent l'insécurité d'attachement maternel sont moins compétents socialement et manifestent plus de problèmes de comportement que les enfants qui se sentent en sécurité d'attachement (Cohn, 1990; Moss et al., 1996). La qualité de l'attachement, quant à elle, découle de la compétence parentale spécifiquement associée à l'affect positif, la reconnaissance et l'affection physique que donnent les mères à leurs jeunes enfants (Webster-Stratton & Hammond, 1998). Il serait donc important de toujours évaluer la compétence sociale d'un enfant à la lumière de la qualité de sa relation avec ses parents et de la capacité de ceux-ci de répondre adéquatement à ses besoins développementaux.

Plus généralement, les facteurs de risque pour le développement de problèmes de compétence sociale s'apparentent aux facteurs de risque des troubles de comportement et des troubles psychiatriques, comme la dépression (Goodman et al., 1998). On y associe un groupe de facteurs impliquant l'absence de relations familiales interpersonnelles chaleureuses et de soutien, et comportant des sentiments de dévalorisation et d'impuissance personnelle ou d'efficacité personnelle restreinte (Gullotta, Adams, & Montemayor; 1990; Masten & Coatsworth, 1998; Saunders & Green, 1993; Owens et al., 1999; Fagen et al., 1996). La tolérance, c'est-à-dire la capacité de l'enfant à résister aux stress environnementaux tels que la pauvreté, par exemple, est également associée à la compétence sociale et partage ses facteurs de risque (Garmezy, 1999). De plus, certaines difficultés d'ordre cognitif, comme le manque de facilité verbale, sont aussi impliquées dans le développement inadéquat de la compétence sociale (Nigg, Quamma, Greenberg & Kusche, 1999). Le risque de sous-développement de la compétence sociale se cumule avec le nombre de facteurs de protection et de risque (Owens et al., 1999; Sameroff et al., 1998).

Plusieurs recherches convergent pour indiquer que le maintien de la compétence sociale est tributaire des capacités de l'enfant à gérer les forces et les stress auxquels il est assujetti. Par exemple, une étude longitudinale auprès de garçons de 11 et 12 ans (classifiés comme extrêmement perturbateurs, modérément perturbateurs, modérément conformistes ou extrêmement conformistes) a indiqué que les caractéristiques de leurs amis ont influencé leur degré de délinquance deux ans plus tard. Plus spécifiquement, les garçons modérément perturbateurs ayant des amis agressifs et problématiques sont devenus plus délinquants, tandis que le comportement des autres garçons n'a pas été influencé par les caractéristiques de leurs amis (Vitaro et al., 1997). La compétence sociale peut aussi tempérer la relation entre les stress associés à la transition scolaire et à l'estime de soi (Fenzel, 2000). De plus, la relation entre la compétence sociale et la consommation d'alcool deux ans plus tard est modérée par le contexte social, notamment au niveau des risques associés à l'influence des pairs (Scheier & Botvin, 1998).

La présence d'adultes répondant aux besoins émotionnels de l'enfant constitue une variable critique dans le maintien des habiletés sociales et plus spécifiquement dans la capacité des enfants à résister aux influences négatives des stress environnementaux. L'opposé est aussi vrai : des enfants dont l'environnement familial ne répond pas à leurs besoins émotionnels manifestent plus de vulnérabilité aux stress sociaux (Masten et al. 1999; Wyman et al., 1999). Dans le même ordre d'idée, la relation entre les habiletés sociales et les comportements antisociaux des enfants du premier cycle du primaire devient un facteur important seulement pour ceux dont les parents démontrent un comportement problématique (Catalano et al., 1999). Certaines recherches indiquent également que les interventions seront plus efficaces pour les sous-ensembles d'enfants ayant des caractéristiques familiales moins à risque (Snow, Tebes & Ayers, 1997) et que les interventions destinées à améliorer les capacités parentales peuvent améliorer la compétence sociale des enfants (Webster-Stratton, 1998).

L'importance des habiletés spécifiques peut varier avec l'âge de l'enfant. Les processus de développement permettent aux enfants d'acquérir de nouvelles capacités avec le temps. L'environnement des enfants est en mutation en même temps qu'il exige de nouvelles capacités. Par exemple, la compétence physique pour les activités sportives devient plus importante au milieu des études primaires et l'enfant devient aussi, à ce moment-là, plus apte à développer ses capacités physiques (Rose-Krasnor, 1997).

DIFFÉRENCES ENTRE GARÇONS ET FILLES

Les recherches suggèrent que les processus de consolidation de la compétence sociale au cours des années passées à l'école primaire suivent des parcours différents pour les garçons et les filles. Par exemple, entre la 3^{e} et la 6^{e} année, l'évolution de la perception qu'ont des filles de leur compétence est reliée à la perception des autres personnes (professeurs, parents et pairs) mais l'évolution de la perception des garçons est relativement indépendante de la manière dont les autres les perçoivent (Cole, Martin & Powers, 1999). D'autres études suggèrent que ces différences sont spécifiques aux types de comportement à l'étude; par exemple, la différence entre garçons et filles quant aux facteurs qui influencent leur choix d'amis est plus prononcée lorsque l'agressivité et le comportement prosocial entrent en jeu (Stormshak et al., 1999). En général, il semble que l'agressivité ait des conséquences plus importantes sur la compétence sociale pour les filles que pour les garçons (Hess & Atkins, 1998). Ces résultats soulignent l'importance de tenir compte du sexe des enfants pour comprendre les processus d'acquisition et de maintien des diverses composantes de la compétence sociale.

INTERVENTIONS VISANT À PROMOUVOIR LA COMPÉTENCE SOCIALE DES ENFANTS DE 5 À 12 ANS

Bien que les bases de la compétence sociale soient formées avant l'âge scolaire, influencées surtout par la compétence sociale des parents, les années du cours primaire permettent autant de possibilités d'interventions préventives que durant la période de

l'adolescence ou celle de la petite enfance : la compétence sociale est encore en développement et l'enfant interagit dans une diversité de situations et contextes sociaux où les éducateurs peuvent intervenir. La littérature scientifique fait état de plusieurs interventions, auprès d'enfants de 5 à 12 ans, qui ont pour objectifs :

- de promouvoir l'acquisition, le développement ou le maintien de la compétence sociale;
- de réduire les facteurs de risque associés aux déficiences de la compétence sociale;
- de diminuer l'ampleur des conséquences des déficiences de la compétence sociale, telle l'agressivité.

Les types de problèmes d'adaptation sociale : externalisés ou internalisés

Suivant le rapport Bouchard (1991), les interventions peuvent être examinées selon deux grands axes. **Les interventions visant les problèmes d'externalisation** (manifestations de déficiences de compétence sociale dirigées vers les autres) peuvent cibler la diminution ou la prévention des troubles de comportement; le développement de la capacité de réguler ses émotions et de contrôler l'impulsivité; la prévention ou la diminution de l'agressivité; le développement des capacités à gérer le stress; la promotion de comportements prosociaux ou pacifiques; le développement des capacités de résolution de conflit; le développement des habiletés de communication; la prévention de l'utilisation ou de l'abus de substances; la prévention de l'échec scolaire; ou la promotion du comportement sexuel sain. **Les interventions visant les problèmes d'intériorisation** (manifestations de déficiences de compétence sociale infligées à soi-même) cibleront la diminution du retrait, de la gêne, de l'inhibition sociale ou de l'isolement volontaire; la prévention ou la diminution de l'anxiété, de la dépression, ou la détresse psychologique; la prévention de l'idéation suicidaire et du suicide; et/ou la prévention de la victimisation.

La nature des interventions : universelle ou sélective

Ces interventions peuvent être de nature **universelle** : elles s'adressent à des regroupements d'enfants peu importe leur niveau de risque ou à des ensembles de jeunes au sein des regroupements naturels, tels des groupes-classes, à l'intérieur desquels des déficiences de compétence sociale causent des problèmes relationnels. Les interventions peuvent également être de nature **sélective** : elles ciblent les enfants chez qui on a déjà dépisté des problèmes, des enfants qui ont été référés suite à la détection d'un problème ou les enfants pour qui on a fait une demande d'aide ou de service. Dans cette dernière catégorie, on pourrait retrouver des programmes ou des activités dans lesquels les enfants participent volontairement.

Les résultats de plusieurs de ces interventions, lors de l'évaluation, s'avèrent intéressants. (Hertzman & Weiss, 1996; Durlak & Wells, 1997). Cependant, on peut observer aussi des interventions dont les effets sont minimes ou nuls, ou dont les effets s'estompent avec

le temps (Beelmann, Pfingston, & Leosel, 1994; Skroban, Gottfredson & Gottfredson, 1999; Braswell et al., 1997).

Selon les chercheurs, les programmes d'intervention qui seront efficaces doivent intervenir de façon cohérente et soutenue dans plusieurs milieux de vie, utilisant des stratégies d'acquisition multiples, telles les activités/enseignement en groupes-classes, les activités/enseignement en petits groupes, le *counseling* individuel auprès de l'enfant/famille, la modélisation ou *coaching* par des adultes, l'apprentissage par le jeu (de rôles, mise en situation, théâtre) et/ou l'apprentissage auprès des pairs (Zigler, Taussig & Black, 1992). Cette affirmation est soutenue par des recherches démontrant une association entre les comportements sociaux, notamment l'agression et l'hostilité manifestée à travers les milieux de vie (MacKinnon-Lewis et al., 1994).

Par exemple, un programme destiné à améliorer le développement social des enfants à risque dans les milieux ruraux, le *Wisconsin Early Intervention Program*, a mis en oeuvre des interventions de groupe pour les enfants et des sessions destinées aux professeurs et aux parents. Les habiletés sociales de tous les enfants, même celles du groupe témoin, se sont améliorées durant la période de l'étude; de plus, le programme a semblé réduire la dépression chez les enfants qui avaient bénéficié des interventions parentales (King & Kirschenbaum, 1990).

Au Québec, le programme *Vers le pacifique*, visant la promotion des comportements pacifiques et des habiletés de résolution de conflits, mené auprès des enfants de la maternelle dans huit écoles montréalaises, a démontré des effets positifs sur l'estime de soi et l'habileté à résoudre les conflits (Bélanger, Bowen & Rondeau, 1999). Un programme semblable, mis en oeuvre dans des ressources communautaires préscolaires, a amélioré les comportements prosociaux (Dubas et al., 1998).

Le *Fast Track Prevention Trial for Conduct Problems* consiste en une intervention multifactorielle visant à prévenir le comportement antisocial et délinquant. L'intervention comprend des séances éducatives en classe pour tous les enfants, dès la maternelle, ainsi que des interventions plus poussées à l'intention des enfants jugés à plus haut risque : formation en habiletés sociales pour parents et enfants, tutorat académique et visites à domicile. À la fin de la première année d'implantation de ce programme, on observe des effets modestes sur les habiletés sociales, émotionnelles et académiques des enfants à risque, sur les interactions avec leurs pairs, leurs problèmes de comportement et l'utilisation des services pédagogiques spécialisés (Conduct Problems Research Group, 1999a). L'intervention universelle, comprenant 57 leçons visant l'autorégulation, la sensibilité émotionnelle, les relations avec les pairs et la résolution de problèmes, a réduit les comportements agressifs et hyperactifs-perturbateurs; elle a de plus amélioré le climat social des classes (Conduct Problems Research Group, 1999b). Un programme montréalais semblable mené auprès des garçons de 2e et 3e année du primaire a réduit les troubles de comportement au début de l'adolescence ainsi que les problèmes reliés aux comportements perturbateurs précoces et à l'association avec des amis déviants (Vitaro et al., 1999).

D'autres programmes d'intervention, actuellement en cours, suivent ces modèles multisites et multifactoriels. Le *Early Alliance Intervention Trial*, visant à promouvoir la compétence sociale et à prévenir les troubles de comportement, l'abus de substance et l'échec scolaire, cible plusieurs milieux de vie (école, famille et groupe de pairs) (Dumas, Prinz, Smith, Laughlin, 1999). *Second Step*, un programme scolaire visant à promouvoir la compétence sociale et à prévenir l'agression chez les enfants de 6 à 14 ans, oriente ses actions sur l'empathie, la résolution de problèmes interpersonnels et la gestion de la colère; il se déroule dans les environnements familiaux et scolaires (Frey, Hirschstein & Guzzo, 2000).

Des interventions visant à promouvoir d'autres dimensions du développement peuvent avoir des effets bénéfiques sur des aspects de la compétence sociale. Par exemple, un programme éducatif pour les enfants de 1 à 3 ans issus de familles désavantagées a eu pour effet de réduire le comportement hostile des enfants participants, comparativement à ceux d'un groupe témoin, alors qu'ils étaient en 5^{e} année (Johnson & Walker, 1991).

Une revue importante des programmes de promotion du développement social des adolescents a conclu que les programmes multidimensionnels impliquant une relation proche, stable et persistante avec un adulte, et ce pendant plusieurs années, s'avèrent les plus efficaces (Roth, Brooks-Gunn, Murray & Foster, 1998).

LES CONDITIONS DE RÉUSSITE DE L'IMPLANTATION ET DE MAINTIEN DES INTERVENTIONS

Dans la perspective de maximiser le potentiel de réussite des interventions, Arnold et ses collègues (1999) identifient des facteurs reliés aux conditions de réussite de l'implantation et de maintien de l'intervention efficace en promotion de la compétence sociale des enfants.

D'abord, pour s'assurer que les interventions peuvent rejoindre les enfants et leurs familles (notamment dans le cas des interventions à caractère volontaire ou non universel), elles doivent être conçues en fonction de leur faisabilité, de leur intérêt et de leur accessibilité aux familles. Elles doivent aussi tenir compte des barrières potentielles sur les plans géographique, organisationnel, linguistique ou culturel. Doivent être aussi considérées les limites imposées par les critères d'éligibilité et les autres pré-requis pour la participation ainsi que les difficultés issues des critères formels et informels de tolérance comme par exemple les difficultés de tolérance envers les enfants présentant des problèmes de comportement.

En second lieu, il est important de s'assurer de la durabilité des interventions afin de maintenir la continuité, la cohérence et la stabilité auprès des enfants. Une difficulté particulière se présente si l'intervention est implantée grâce à une subvention de recherche ou un autre fonds non récurrent : lorsque cette source de fonds n'est plus disponible, il arrive fréquemment que le milieu ne puisse pas défrayer les sommes nécessaires à la poursuite de l'intervention. Selon Arnold et al., le maintien des actions à

long terme sera facilité si elles émergent d'un partenariat entre la communauté, les promoteurs/chercheurs et les décideurs.

IMPLICATIONS POUR L'ANALYSE DES ACTIONS DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES

Cet examen de la littérature scientifique nous offre plusieurs orientations pour mener l'analyse de la nature, de l'ampleur et de la qualité des actions touchant la compétence sociale des enfants de 5 à 12 ans dans la région des Laurentides. Nous constatons que:

1- les actions à l'étude peuvent comprendre des programmes, activités, services ou interventions qui, bien qu'ils n'aient pas été conçus nécessairement à cette fin, touchent directement ou indirectement la compétence sociale des enfants de 5 à 12 ans;

2- l'examen de l'état de la situation devrait englober les divers milieux de vie significatifs pour les enfants de 5 à 12 ans, notamment le milieu familial, scolaire, communautaire et de loisirs;

3- en tenant compte des résultats des programmes d'intervention déjà évalués, il faut pouvoir qualifier les actions en fonction des dimensions associées à l'efficacité des interventions à promouvoir l'acquisition, le développement et le maintien de la compétence sociale, dont :
   - l'intensité et la durée de l'intervention;
   - l'utilisation de multiples stratégies d'acquisition;
   - l'implication des divers milieux de vie significatifs des enfants.

4- en tenant compte des conditions de réussite de l'implantation et de maintien des interventions, il faut pouvoir qualifier les actions en fonction de leur accessibilité et leur durabilité à long terme et ce, en considérant les ressources du milieu.

SURVOL DE L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ET VOLETS DE L'ÉTUDE

L'approche méthodologique utilisée dans cette étude est celle d'un bilan descriptif et analytique, dressant un portrait critique de la situation à l'aide de dimensions pertinentes identifiées dans les recherches antérieures. L'étude se compose de trois volets principaux.

VOLET 1
LE BILAN DESCRIPTIF DES ACTIONS

Le bilan descriptif relève les « actions » (interventions, pratiques et activités) réalisées dans la région des Laurentides et touchant directement ou indirectement l'acquisition, le développement et le maintien de la compétence sociale chez les enfants de 5 à 12 ans. Ce bilan comporte aussi une analyse des forces et faiblesses de l'action régionale selon les dimensions identifiées ci-dessus.

VOLET 2
L'ÉTUDE EN PROFONDEUR D'UN SOUS-ENSEMBLE D'ACTIONS

Une étude en profondeur d'un sous-ensemble d'actions qui, selon l'analyse du Volet 1, illustrent les forces ou peuvent s'attaquer aux lacunes de l'action régionale. Plus particulièrement, cette étude vise à identifier les façons dont le réseau de la santé et des services sociaux pourrait renforcer et compléter les actions des autres secteurs. Les actions ont été choisies parmi celles repérées dans le Volet 1 puis elles ont été analysées à nouveau selon les dimensions identifiées dans la littérature scientifique.

Nous décrirons les méthodes de collecte de l'information relatives à ces deux volets dans les chapitres suivants. Nous avons principalement recueilli l'information en réalisant des entrevues semi-structurées par contacts téléphoniques ou en face à face. De plus, nous avons effectué une revue de la documentation liée à ces activités.

VOLET 3
LE COLLOQUE RÉGIONAL

Le 11 octobre 2002, le Comité des promoteurs a organisé un colloque régional, invitant les intervenants de la région à prendre connaissance des résultats de la recherche et à partager leurs expériences. Le but du colloque était de stimuler une mobilisation régionale pour favoriser la mise en place d'actions faisables, efficaces et durables visant l'acquisition, le développement et le maintien de la compétence sociale chez les enfants de 5 à 12 ans.

La présentation du contenu et l'analyse de ces trois volets donnera lieu à une discussion quant au rôle du réseau de la santé et des services sociaux relativement à l'action régionale.

VOLET 1
BILAN DESCRIPTIF DES ACTIONS

1.1 OBJECTIFS

Le Volet 1 de l'étude s'appuie sur les objectifs suivants :

- **réaliser un inventaire le plus complet possible des actions** qui pourraient toucher la compétence sociale des enfants de 5 à 12 ans dans chacun des territoires de CLSC de la région;
- **préparer un outil ou un répertoire des actions repérées** à l'intention des intervenants oeuvrant auprès des enfants de 5 à 12 ans;
- **identifier les forces et les lacunes, sur le plan régional, des actions** visant l'acquisition, le développement, le maintien et la mise en application de la compétence sociale des enfants de 5 à 12 ans.

1.2 PROCÉDURES DE COLLECTE DE L'INFORMATION

1.2.1 IDENTIFICATION DES ACTIONS

Afin d'identifier et de sélectionner les actions pertinentes à examiner, nous avons consulté les acteurs clé des communautés susceptibles d'être au fait des actions. Pour ce faire nous avons procédé selon la stratégie « boule de neige» et ce, en trois vagues complémentaires.

VAGUE 1: IDENTIFICATION DES ACTIONS PAR LES INTERVENANTS DES RÉSEAUX PUBLICS FORMELS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DE L'ÉDUCATION ET DES MUNICIPALITÉS

Le secteur de la santé et des services sociaux : les CLSC. Dans un premier temps, au printemps 2001, nous avons rencontré, en équipe ou individuellement, les intervenants de CLSC du secteur jeunesse, responsables des dossiers pertinents. Après discussion à propos des objectifs de la recherche, ces intervenants ont identifié l'ensemble des actions de leur territoire respectif, dont ils étaient au fait, et ils ont fourni les données relatives aux actions dans lesquelles ils étaient impliqués[4].

[4] En principe, les actions identifiées n'incluaient pas les services compris dans le « panier de services jeunesse » des CLSC de la région. Suite au rapport du Comité Lebon (août 2000), les sept CLSC des Laurentides venaient de terminer un important exercice d'identification de services qu'ils considéraient essentiels et qui devaient donc être offerts par chaque CLSC. Cependant, quelques-unes des actions identifiées, alors menées par des partenaires communautaires ou scolaires, peuvent faire partie des activités en lien avec l'objectif de « *Soutenir, renforcer et développer la compétence des communautés et des familles* » (*Allons à l'essentiel, Programmation des services jeunesse des CLSC des Laurentides*, mai 2001).

Le secteur de l'éducation. Dans un deuxième temps, nous avons communiqué avec les responsables des services complémentaires des quatre commissions scolaires du territoire afin d'identifier les actions présentes dans les écoles. Cette opération s'est avérée difficile. D'une part, la décentralisation du système scolaire limite leur connaissance des activités vécues dans les écoles. D'autre part, les moyens de pression exercés par le personnel enseignant ont désorganisé plusieurs programmes. Après plusieurs semaines de tentatives infructueuses de contacts téléphoniques (entre la mi-juin et la mi-octobre 2001), d'autres stratégies ont été utilisées pour obtenir des informations. D'abord, une liste de toutes les écoles de chaque commission scolaire a été préparée et les actions situées dans des écoles identifiées lors des consultations auprès des CLSC et des autres acteurs ont été indiquées sur la liste. Cette liste a été transmise aux responsables de trois commissions scolaires pour valider et compléter l'information. Seule deux d'entre elles nous ont répondu, l'une par télécopie et l'autre lors d'une brève conversation téléphonique. Pour la quatrième commission scolaire, nous avons préparé un questionnaire à l'intention des directeurs d'école et avons convenu avec le responsable des services complémentaires que les questionnaires seraient complétés et lui seraient retournés. Cette stratégie n'a pas porté fruit.

Le secteur des municipalités. Les services de loisirs des municipalités les plus importantes ont été contactés directement pour identifier des actions pertinentes; d'autres municipalités plus petites ont été rejointes suite à la mention d'un informateur clé. Ces consultations nous ont permis d'étudier deux types d'activité en regard de leur action sur la compétence sociale, les activités de sports et celles de loisirs, offertes par la municipalité ou par des organismes à but non lucratif associés à la municipalité, y compris les camps de jour d'été.

VAGUE 2 :
IDENTIFICATION DES ACTIONS PAR LES AUTRES SECTEURS PERTINENTS : ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, CLUBS CIVIQUES ET MOUVEMENT SCOUT.

Nous avons ensuite contacté tous les organismes communautaires identifiés lors de la Vague 1 comme étant impliqués dans des activités touchant la compétence sociale : nous leur avons demandé de fournir des données sur leurs actions et d'identifier d'autres actions que nous n'avions pas encore repérées. La Vague 2 inclut aussi l'identification de toutes les Maisons des jeunes de la région ainsi qu'une recherche d'actions pertinentes auprès de leurs intervenants; bien que leur clientèle cible soit principalement les enfants de 12 ans et plus, quelques maisons offrent également des activités pour les enfants plus jeunes. Une démarche semblable a aussi été réalisée auprès des Maisons de la famille du territoire qui développent certaines activités s'adressant principalement aux enfants de 0 à 5 ans.

Lorsqu'il était possible d'identifier des personnes responsables des clubs civiques Optimistes, Richelieu et Rotary, nous les avons également contactées afin d'identifier d'autres actions touchant la compétence sociale.

Enfin, nous nous sommes aussi adressés aux responsables régionaux des mouvements de scoutisme anglophones et francophones afin de compléter notre recherche.

VAGUE 3 : IDENTIFICATION DES ACTIONS PAR INFORMATEURS CLÉ ET AUTRES SOURCES D'INFORMATION

Les personnes clé et les sources d'information identifiées par les personnes contactées lors de la Vague 1 et de la Vague 2 ont été ensuite contactées. Enfin, nous avons complété la Vague 3 par une revue des documents pertinents portés à notre attention par les personnes consultées lors des trois vagues, tels que des répertoires d'activités identifiés dans le cadre d'autres projets territoriaux, des bottins de ressources ainsi que des listes de membres de diverses instances régionales.

1.2.2 COLLECTE DES DONNÉES

L'instrument principal de l'inventaire descriptif des actions est une grille (Annexe 1) qui a été complétée pour chaque action identifiée, lors des entretiens téléphoniques et des entrevues auprès des personnes clé. En plus des renseignements à propos de l'organisme promoteur, du territoire et des personnes-contacts, la grille nous a permis de recueillir les données suivantes.

La description narrative du projet, indiquant les objectifs et la nature de l'action, ainsi que la nature des activités, leur intensité et leur durée, les groupes-cibles et les groupes participants.

Les aspects, composantes ou dimensions de la compétence sociale touchés: ce volet de l'étude a emprunté une définition très large de la compétence sociale, axée sur l'efficacité en interaction sociale et intégrant toutes les facettes que les intervenants de la région ont jugées pertinentes. Pour chacune des actions identifiées, nous avons demandé aux intervenants de décrire comment leur action abordait la compétence sociale des enfants.

La grille a été utilisée pour indiquer, selon les dimensions suivantes, le résultat direct ou indirect de l'action :

- la diminution du retrait, de la gêne, de l'inhibition sociale, ou de l'isolement volontaire;
- la prévention ou la diminution de l'anxiété, de la dépression, de la détresse
- la prévention de l'idéation suicidaire et du suicide;
- la prévention de la victimisation;
- la diminution ou la prévention des troubles de comportement;

- le développement de la capacité de réguler ses émotions, de contrôler son impulsivité;
- la prévention ou la diminution de l'agressivité;
- le développement des capacités à gérer le stress;
- la promotion de comportements prosociaux ou pacifiques;
- le développement des capacités de résolution de conflit;
- le développement des habiletés de communication;
- la prévention de l'utilisation ou de l'abus de substances;
- la prévention de l'échec scolaire;
- la promotion du comportement sexuel sain.

De plus, les répondants pouvaient ajouter d'autres dimensions qu'ils considéraient pertinentes ou connexes.

Les milieux d'action : les répondants ont indiqué tous les milieux de vie des enfants où l'action se réalisait ainsi que les milieux qui étaient ciblés :

- l'école (la classe, la cour d'école, le service de garde);
- le CLSC;
- un autre lieu de services de santé ou sociaux
- un lieu de loisirs;
- le domicile;
- un organisme communautaire;
- ou tout autre lieu possible.

L'implication des parents et de la famille : considérant l'importance de s'assurer d'une continuité entre la famille et les autres milieux d'intervention, le rôle des parents (présence ou absence, nature), dans chacun des projets a été consigné.

Les facteurs influençant l'accessibilité: la grille comprenait également les informations pouvant affecter l'accessibilité des actions pour les enfants du territoire, y compris des facteurs géographiques (incluant le transport), organisationnels, financiers (frais et autres coûts), ou culturels. Nous avons aussi noté la nature universelle ou sélective de l'action. Lorsqu'ils étaient pertinents, des facteurs reliés à l'inclusivité ont également été consignés: critères formels et informels d'éligibilité, pré-requis pour la participation; encouragement de la diversité relative aux caractéristiques et de la compétence des enfants.

Enfin, nous avons demandé aux répondants d'indiquer si les actions avaient déjà été évaluées et de nous donner, si possible, des informations ou de la documentation à propos des évaluations.

1.3 ANALYSE ET RÉSULTATS

1.3.1 ANALYSE

Dans un premier temps, l'information relative à chaque action, recueillie au moyen des grilles, a été saisie dans une base de données Excel, permettant ainsi le transfert de données pour l'élaboration du répertoire destiné aux intervenants et facilitant aussi les analyses descriptives portant sur les actions.

Après avoir constaté que la raison d'être de plusieurs actions identifiées ne priorisait pas la compétence sociale des enfants, nous les avons toutes classifiées selon qu'elles avaient une action directe ou indirecte sur la compétence sociale : les actions qualifiées d'indirectes ciblaient d'autres objectifs que la compétence sociale mais elles pouvaient la toucher indirectement ou par objectif secondaire.

Ensuite, une codification des actions selon les dimensions identifiées lors de la revue de la littérature scientifique a été effectuée, simplement pour indiquer la présence ou l'absence des **sept dimensions étudiées dans chacune des actions** : l'utilisation du logiciel SPSS a facilité la réalisation des analyses descriptives (fréquences et croisements). Voici la description de chacune des sept dimensions.

INTERVENTION GLOBALE, ÉCOLOGIQUE

L'action comporte au moins un certain degré de globalité ou possède un certain caractère écologique par le nombre et la nature des milieux de vie, de systèmes sociaux et des cibles concernées.

ACTIONS AU SEIN DES MILIEUX DE VIE

L'action est présente dans plus d'un des différents milieux de vie de l'enfant: l'école, la maison, la communauté ou autre.

STRATÉGIES MULTIPLES

L'action comprend un niveau minimal de diversité de stratégies utilisées au niveau de l'acquisition, du développement et du maintien des compétences.

PARTICIPATION POTENTIELLE DES PARENTS

L'action présente des possibilités de participation parentale positive et un renforcement de la compétence parentale.

PRISE EN CHARGE PAR LES ENFANTS

L'action comporte un certain degré d'implication ou de prise en charge par les enfants : implication dans la planification, la mise en œuvre et la régulation de l'action , par exemple dans la formulation des règles de conduite et des conséquences advenant que celles-ci ne soient pas respectées.

INTENSITÉ, CONTINUITÉ ET DURÉE

L'action implique un niveau d'intensité, de continuité ou de durée qui s'étend au-delà d'une seule rencontre, session, activité ou consultation.

PARTENARIAT

L'action implique un partenariat réel entre les promoteurs, les milieux d'intervention et d'autres acteurs pertinents issus de la communauté.

1.3.2 DESCRIPTION DE L'ACTION RÉGIONALE

Au total, 128 actions ont été identifiées : 118 sont réparties dans les sept territoires de CLSC et 10 sont de portée ou de mandat régional ou sous-régional, se déroulant par exemple dans les écoles d'une commission scolaire couvrant plusieurs territoires de CLSC.

Parmi les 128 actions, seulement 37 d'entre elles visaient directement la compétence sociale des enfants de 5 à 12 ans tandis 92 touchaient indirectement la compétence sociale ou les enfants. Parmi les actions indirectes, nous retrouvons entre autres des ateliers pour des parents d'enfants de 5 à 12 ans visant à améliorer la compétence parentale et des camps de jour municipaux incorporant des objectifs de jeu coopératif. Parmi les actions directes, nous comptons les activités auxquelles les enfants de 5 à 12 ans participent directement : ces activités sont destinées à promouvoir ou à soutenir l'acquisition, le développement ou le maintien d'une ou l'autre des dimensions de la compétence sociale.

La majorité des actions, soit 111 sur 128, sont de caractère non universel : les enfants y participent sur une base volontaire, par inscription, ou par référence suite au dépistage d'un problème ou suite à une demande d'aide. Dix-huit actions ont une portée universelle : tous les enfants des groupes naturels, le plus souvent des groupes-classes ou des écoles ont été exposés à l'action. Deux d'entre elles se sont révélées mixtes puisqu'elles comportaient à la fois des interventions universelles vécues en classe et des interventions individuelles destinées à certains enfants. Soulignons toutefois que les actions universelles n'étaient pas nécessairement implantées sur l'ensemble d'un territoire de CLSC.

Le **Tableau 2** classe les dimensions de la compétence sociale touchées, selon que l'action soit directe ou indirecte.

TABLEAU 2

DIMENSIONS DE LA COMPÉTENCE SOCIALE TOUCHÉES

DIMENSIONS	ACTIONS INDIRECTES (N= 92)	ACTIONS DIRECTES (N = 37)	TOTAL DES ACTIONS (N = 128)
Habilités sociales générales, codes de conduite, esprit d'équipe, coopération	38	3	41
Retrait, gêne, isolement	7	4	11
Anxiété, dépression, détresse	3	1	4
Idéation suicidaire, suicide	1	2	3
Victimisation	4	10	14
Troubles de comportement	5	6	11
Régulation de l'émotion, de l'impulsivité	1	9	10
Agressivité	8	11	19
Gestion du stress	4	8	12
Comportements pacifiques, prosociaux	6	18	24
Résolution de conflits	9	20	29
Habilités de communication	12	15	27
Abus, utilisation de substances	0	3	3
Échec/abandon scolaire	6	1	7
Sexualité, abus sexuel	3	2	5

En examinant les actions sous l'angle de leur orientation vers des problèmes d'adaptation sociale intériorisés ou externalisés, nous constatons que 22 actions (17% des actions repérées) visent des problématiques associées à l'intériorisation tandis que 54 actions (42% des actions repérées) visent des problématiques associées à l'externalisation.

Le **Tableau 3** indique la distribution des actions en fonction des secteurs assurant un rôle majeur au niveau de la coordination ou du leadership, selon que les action agissent directement ou non sur la compétence sociale. Ce tableau fournit également un aperçu de l'implication du réseau de la santé et des services sociaux dans les actions. Au total, le réseau est impliqué dans environ 15% des actions, dont 13 sur 37 (35%) ont une action directe auprès des enfants.

TABLEAU 3

SECTEURS PROMOTEURS DES ACTIONS

SECTEURS	ACTIONS INDIRECTES	ACTIONS DIRECTES	TOTAL DES ACTIONS
Scolaire	5	15	20
Communautaire	37	16	51
Municipal	35	0	35
Civique	12	2	14
Santé et services sociaux	2	4	6
Total	**91**	**37**	**128**
Actions impliquant la santé ou les services sociaux	**4**	**13**	

Enfin, notons que 64 actions (50%) sont offertes sans frais d'inscription ou autres coûts. Par contre, 55 actions (43%) impliquent des coûts pour les participants, bien que des programmes d'aide ou des subvention sont presque toujours disponibles pour les familles nécessiteuses. Neuf actions impliquent des coûts pour les organismes qui les offrent gratuitement aux enfants : par exemple, des interventions d'une commission scolaire ou d'un organisme communautaire pour lesquelles une école doit payer afin que ses élèves en bénéficient. Six des 18 actions «universelles» répertoriées impliquent des coûts : les organismes doivent payer pour accéder à leurs services.

Le **Tableau 4** illustre la présence de frais à débourser selon le secteur promoteur des actions.

TABLEAU 4

PRÉSENCE DE FRAIS À DÉBOURSER SELON LE SECTEUR PROMOTEUR (128 ACTIONS)

SECTEURS	AUCUN FRAIS	FRAIS AUX PARTICIPANTS	FRAIS AUX ORGANISATIONS
Scolaire	15	2	3
Communautaire	29	19	5
Municipal	6	29	0
Civique	10	4	14
Santé et services sociaux	4	1	1
Total	**64 (50%)**	**55 (43%)**	**23 (18%)**

1.3.3 DESCRIPTION SELON LES DIMENSIONS RETENUES

L'analyse des actions repérées lors du bilan portait aussi sur leurs caractéristiques selon les dimensions associées, dans la littérature scientifique, à l'efficacité des interventions pour l'acquisition, le développement ou le maintien de la compétence sociale.

Le **Tableau 5** indique le nombre d'actions pour chaque caractéristique et ce, sur deux dénominateurs différents : à savoir, l'ensemble des actions repérées (n = 128), et le sous-ensemble des actions ayant une action directe sur la compétence sociale (n = 37).

TABLEAU 5

CARACTÉRISTIQUES DES ACTIONS SELON LES DIMENSIONS RETENUES

CARACTÉRISTIQUES	ACTIONS		ACTIONS DIRECTES	
	NOMBRE (N= 128)	POURCENTAGE	NOMBRE (N = 37)	POURCENTAGE
Intervention globale, écologique	37	29%	26	70%
Multiples milieux de vie	33	26%	25	68%
Stratégies multiples	33	26%	27	73%
Participation potentielle des parents	36	28%	27	73%
Prise en charge par les enfants	20	15%	15	41%
Intensité, continuité et durée : >1 session	68	53%	25	68%
Partenariat promoteurs et milieu	41	32%	26	70%

Le **Tableau 5** donne aussi un aperçu des forces et faiblesses régionales en terme d'efficacité potentielle des actions. La première colonne, portant sur l'ensemble des actions nous indique qu'environ 30% des actions, sur le plan régional, semblent s'orienter dans la direction suggérée par la littérature de recherche, notamment en ce qui concerne l'intervention à caractère global, impliquant de multiples stratégies d'intervention et milieux de vie, et donnant un rôle aux parents. Le **Tableau 5** nous permet également de constater qu'environ la moitié des actions, sur le plan régional, implique plus d'une session ou séance pour les enfants.

De plus, l'examen de la deuxième colonne du **Tableau 5** suggère que, pour toutes les dimensions examinées, les actions directes sont plus susceptibles de posséder des caractéristiques associées aux interventions efficaces. Environ 70% des actions peuvent être caractérisées comme étant du type d'action prôné dans la littérature scientifique. Cependant, il est plus rare de trouver des actions qui englobent toutes ou plusieurs des caractéristiques : 42 actions présentent une seule des caractéristiques, 31 comportent de deux à cinq des sept caractéristiques, et 18 actions détiennent six ou sept des caractéristiques. Précisons que ces 18 actions sont concentrées dans les secteurs scolaire et communautaire, le profil type étant une série d'ateliers et d'activités destinés aux enfants à l'intérieur des groupes-classes, des activités visant les situations se présentant sur la cour d'école ainsi que des activités se déroulant dans le milieu communautaire; chacune de ces activités est soutenue par de la formation ou de la sensibilisation auprès des parents et du personnel impliqué, et se déroule grâce à un partenariat entre les milieux scolaire et communautaire et le CLSC.

1.3.4 RÉSUMÉ DES FORCES ET FAIBLESSES SUR LE PLAN RÉGIONAL

En résumé, ce bilan des actions réalisées dans la région des Laurentides et touchant directement ou indirectement l'acquisition, le développement et le maintien de la compétence sociale chez les jeunes de 5 à 12 ans, dresse un portrait qui illustre à la fois des forces et des faiblesses.

Sur le plan des forces, nous constatons l'existence d'un grand nombre de programmes, d'activités et de services qui touchent ou qui impliquent des enfants de 5 à 12 ans et ce, par l'intermédiaire de plusieurs secteurs. La diversité des actions s'avère aussi considérable, touchant de multiples facettes de la compétence sociale dans une variété de modalités. Ceci représente en quelque sorte une richesse de possibilités, à la fois pour rejoindre des jeunes ainsi que pour sensibiliser et mobiliser les organismes et les différents secteurs.

De plus, les actions déjà en place et visant directement la compétence sociale s'orientent vers les types d'intervention recommandés par la littérature scientifique. Notamment, plusieurs d'entre elles impliquent des stratégies et des milieux d'intervention multiples visant à développer les habiletés des enfants tout en renforçant leurs environnements afin de permettre la consolidation des acquis et le maintien de la compétence sociale.

Reconnaissant les limites inhérentes à l'intervention basée sur une seule séance d'intervention auprès des enfants, sans suivi par la suite, plusieurs interventions, dans la mesure où leurs ressources le permettent, impliquent des interactions multiples, selon des périodes allant de plusieurs semaines à plusieurs mois, tentant de maximiser l'intensité et la durée de l'intervention. Ces orientations forment une base solide pour un futur développement puisqu'elles indiquent que, sur le plan régional, les actions sont sur une bonne piste.

Au plan des faiblesses, nous constatons que la majorité des actions de la région, qui rejoignent les enfants de 5 à 12 ans avec un souci pour la compétence sociale, l'abordent de façon indirecte, et parfois de façon très générale, en mettant l'accent sur les règles de conduite, l'esprit d'équipe ou le jeu coopératif. La contribution potentielle de ces actions à l'acquisition, au développement ou au maintien de la compétence sociale reste à évaluer; cependant il serait probablement intéressant de les renforcer et de mieux outiller les intervenants impliqués et ce, tout en respectant l'objectif premier de chacune de ces actions.

Nous constatons également que la majorité des actions de la région se concentrent sur les habiletés sociales générales et les problèmes d'externalisation; il existe peu d'activités relatives aux comportements intériorisés qui constituent eux aussi des facteurs de risque de détresse psychologique, de dépression, d'abandon scolaire et de suicide, entre autres. L'action régionale pourrait donc être renforcée dans ce domaine.

Une proportion importante des actions identifiées est de nature non universelle. Dans le contexte actuel, ceci veut dire qu'on rejoint toujours un sous-ensemble des enfants de la région par les efforts directs ou indirects pour agir sur la compétence sociale. À propos des actions qui fonctionnent sur la base de références et de demandes de service, leur capacité à rejoindre les enfants en plus grand besoin de soutien sur le plan de la compétence sociale reste à déterminer. Pour les actions volontaires exigeant des frais des participants ou des organismes, il faut se questionner relativement à leur accessibilité aux familles et aux sous-territoires les plus démunis et les plus à risque. Sur le plan de l'accessibilité, l'avantage des interventions réalisées à l'école réside certes dans leur caractère universel puisque tous les enfants sont rejoints. Le contexte scolaire permet aussi de mener des formes d'intervention individualisée auprès des enfants dépistés ou référés et/ou sur une base volontaire. Cependant, la diffusion des différentes actions au sein des écoles de la région semble très variable pour l'instant, bien qu'il existe une véritable pléthore de programmes, d'interventions et de services parmi lesquels les professeurs, les directions ou les conseils d'établissement peuvent choisir.

Enfin, force est de constater que le secteur de la santé et services sociaux est relativement peu présent à titre de promoteur ou d'acteur clé dans les actions identifiées. Bien que ces actions illustrent plusieurs formes de complémentarité que le réseau pourrait entretenir avec les autres secteurs, il s'en tient généralement à un rôle de partenaire avec les milieux communautaire et scolaire; il est rarement présent dans les actions menées au sein des municipalités.

Dans l'ensemble, ce portrait global de l'action régionale révèle des orientations générales intéressantes, pouvant être renforcées et consolidées. Le grand nombre d'actions et d'acteurs constituent, selon nous, autant d'occasions d'aller plus loin de manière plus concertée, en vue de travailler à l'acquisition, au développement et au maintien de la compétence sociale chez les enfants de 5 à 12 ans.

1.4 CRÉATION DU RÉPERTOIRE À L'INTENTION DES INTERVENANTS

En utilisant la base de données créée à l'aide des grilles remplies pour chacune des actions identifiées, nous avons réalisé un répertoire des actions afin de mettre les résultats du bilan à la disposition des intervenants de la région et de leur fournir des contacts pour obtenir plus de renseignements quant aux actions qui les intéressent. Pour réaliser ce répertoire, les supports électroniques et le format papier ont été considérés afin de faciliter la mise à jour et de maximiser l'accessibilité à tous les secteurs concernés (santé et services sociaux, scolaire, communautaire, municipal et civique). Le répertoire sous format papier a été distribué à tous les participants lors du colloque. Malheureusement, en raison d'un manque de ressources, il s'avère impossible d'en assurer la mise à jour régulière sous quelque format que ce soit.

VOLET 2
ÉTUDE EN PROFONDEUR D'UN SOUS-ENSEMBLE D'ACTIONS

2.1 OBJECTIFS

Le Volet 2 consiste en l'étude en profondeur d'un sous-ensemble des actions identifiées lors du Volet 1 afin :

- d'illustrer les forces et identifier des pistes pouvant combler les lacunes présentes dans l'action régionale;
- d'explorer la façon dont le réseau de la santé et des services sociaux pourrait renforcer et compléter l'action régionale.

2.2 PROCÉDURE DE COLLECTE DE L'INFORMATION

2.2.1 CHOIX DES ACTIONS À ÉTUDIER

Le Comité des promoteurs a participé au choix d'un sous-ensemble de 24 actions identifiées lors du Volet 1. Ces actions ont été sélectionnées selon des critères suivants:

1. **Efficacité potentielle, à savoir des actions ayant au moins une des caractéristiques suivantes :**
   - cible les enfants **directement** pour au moins une de ses composantes (par exemple pas seulement les parents);
   - implique une intensité et/ou une durée d'intervention **dépassant une seule séance ou rencontre**, idéalement en continuité sur l'année complète;
   - se réalise dans, et vise des effets sur, au moins deux milieux de vie des enfants et, de préférence, comprend le milieu familial;
   - utilise au moins deux stratégies d'intervention sur la compétence sociale : modélisation, jeux de rôles, apprentissage par les pairs….
   - est accessible : ne présente pas de barrière à la participation ou intègre des moyens de réduire les barrières.

2- **Conditions favorables d'implantation et de maintien, dont des actions qui :**
   - se réalisent sans budget important, sans subvention externe;
   - impliquent ou émanent d'un partenariat d'acteurs locaux et/ou visent à établir des liens interorganisationnels;
   - ont l'appui d'acteurs clés dans les secteurs impliqués.

3- **Représentativité** pour l'ensemble des types d'actions retrouvés, des secteurs d'activité et des territoires, et permettant **la valorisation** et le **partage** des actions les plus novatrices.

Des 24 actions retenues par le Comité, il a été possible de recueillir des informations sur 19 d'entre elles; les autres n'étant pas disponibles ou n'existant plus. Le **Tableau 6** présente la liste des actions étudiées et leur portée territoriale.

TABLEAU 6

LISTE DES ACTIONS ÉTUDIÉES EN PROFONDEUR

	ACTION	TERRITOIRE DE CLSC
1.	Arti-Zanerie, Unité Domremy	Thérèse-de-Blainville
2.	Découvre ton cœur, Maison de la famille, Ste-Anne-des-Plaines	Thérèse-de-Blainville
3.	Camps de jour, volet intégration, Boisbriand	Thérèse-de-Blainville
4.	Programme d'estime de soi et habiletés sociales, École Alpha	Thérèse-de-Blainville
5.	Intervention de quartier, Secteur Notre-Dame	Arthur-Buies
6.	Tôt ou Tard, Mesures alternatives du nord, École Bellefeuille	Arthur-Buies
7.	Maison Pause Parent, Intervention à domicile	Arthur-Buies
8.	Maison de jeunes de Grenville	Argenteuil
9.	École en santé Ovide Charlebois	Pays-d'en-Haut
10.	Anger Management Program, Morin Heights Elementary	Pays-d'en-Haut
11	Halte jeunesse, St-Adolphe	Pays-d'en-Haut
12.	PRISME/ Tangage Laurentides	Trois Vallées et Pays-d'en-Haut
13.	École verte St-Jean-Baptiste, Ste-Marie	Trois Vallées
14.	SWAT Team	Jean-Olivier-Chénier
15.	Travailler ensemble, jouer ensemble	Jean-Olivier-Chénier
16.	Petite Maison de Pointe Calumet : Aide aux devoirs	Jean-Olivier-Chénier
17.	Espace Laurentides	Région
18.	Jeunes en santé	Région
19.	Vers le pacifique	Région

2.2.2 COLLECTE DE DONNÉES

Au moins une entrevue qualitative a été réalisée auprès de leurs promoteurs lors de visites sur les lieux et ce, pour chacune des actions retenues. Les entrevues ont été réalisées à l'aide d'une grille structurée permettant la collecte d'informations sur les aspects suivants des projets (Annexe 2).

1- *NATURE DE L'ACTION SUR LA COMPÉTENCE SOCIALE*

Les dimensions spécifiques touchées ainsi que les méthodes et les stratégies d'intervention : en considérant la cible de l'action, l'information a été recueillie selon trois grands types de problématiques : les habiletés sociales générales, les problèmes d'intériorisation et les problèmes d'externalisation.

Les milieux de vie où se déroule l'action.

Les enfants visés et rejoint par les actions universelles et sélectives : il s'agissait d'identifier la façon dont les groupes et les enfants deviennent éligibles ou la façon dont ils sont choisis pour faire partie de l'action, le nombre d'enfants rejoints et l'intensité et la durée de l'action.

2- *IMPLANTATION*

Ressources et structures impliquées, y compris les rôles et contribution des partenaires, les sources et la stabilité du financement, les mécanismes de concertation et les stratégies de mise en œuvre.

3- *EFFICACITÉ*

Effets observés chez les enfants et dans leurs environnements; existence d'évaluations formelles ou de processus ou d'outils d'évaluation.

4- *DURABILITÉ ET TRANSFÉRABILITÉ*

Les conditions nécessaires, selon les répondants, pour s'assurer de la permanence de l'action et pour favoriser son implantation dans d'autres milieux.

Dans quelques cas, les entrevues ont été complétées par l'observation des interventions auprès des enfants. Tous les documents disponibles sur les actions ont aussi été colligés et utilisés lors des analyses. Dans certains cas, des recherches supplémentaires ont été réalisées pour obtenir les résultats des évaluations.

2.2.3 ANALYSE

Bien que ces actions aient été soumises à une analyse en profondeur, il est important de souligner qu'il ne s'agit pas d'une évaluation.

Dans un premier temps, les données portant sur chaque action ont été résumées sous forme d'étude de cas. On y trouvait les données relatives aux dimensions de la grille d'entrevue et des informations supplémentaires pertinentes. Dans un deuxième temps, les données de chaque cas ont été codifiées, selon une approche d'analyse matricielle, selon les cinq matrices de codification suivantes.

Matrice 1 - Comment l'action définit et aborde la compétence sociale des 5 à 12 ans : la problématique et les objectifs visés, la notion de la compétence sociale utilisée, ciblage de l'intériorisation et l'externalisation, en précisant s'il s'agit d'une action directe ou indirecte.

Matrice 2 - Nature de l'action : type/mode d'intervention, milieux d'intervention, stratégies d'acquisition, intensité/durée, continuité/stabilité.

Matrice 3 - Diffusion et barrières : qui est rejoint présentement, universalité vs sélectivité, nombre d'enfants touchés, conditions/contraintes de diffusion, couverture régionale/territoriale.

Matrice 4 - Durabilité : degré de permanence, nature du financement, partenariat entre promoteurs et milieu d'implantation.

Matrice 5 - Rôles des secteurs : scolaire, communautaire, municipal (losirs et sports), civique/église, santé et services sociaux ainsi que le rôle potentiel de ce dernier.

Les matrices ont ensuite été examinées en fonction des objectifs du Volet 2 qui sont, rappelons-le, d'illustrer des forces et lacunes, et d'explorer la façon dont le réseau de la santé et des services sociaux pourrait renforcer et compléter l'action régionale.

2.3 RÉSULTATS

2.3.1 ACTIONS ÉTUDIÉES

Dans cette section nous vous présentons la description des 19 actions retenues et nous constaterons comment chacune d'entre elles illustre les forces et les faiblesses de l'action régionale.

1. ARTI-ZANERIE, UNITÉ DOMREMY

L'Unité alco-toxico Domremy offre des services d'intervention individuelle et de groupe ainsi que de réadaptation communautaire à des adultes ayant des problèmes de surconsommation d'alcool, de médicaments ou de drogues. Situé à Ste-Thérèse, ses usagers proviennent majoritairement du territoire du CLSC Thérèse-de-Blainville; ils proviennent également des territoires de CLSC Jean-Olivier-Chénier, Arthur-Buies, Pays-d'en-Haut, Argenteuil et aussi d'autres régions.

Les activités de cet organisme comprennent des activités préventives destinées aux enfants de leurs usagers. Parmi ces activités on retrouve l'Arti-Zanerie, un atelier de travail supervisé pour les enfants de 9 à 17 ans offert dans les locaux de l'organisme, le samedi. Les jeunes participants fabriquent des mocassins en cuir destinés à la vente. Ils contribuent à toutes les étapes de préparation et d'assemblage, sous la supervision d'un intervenant. Leur participation est organisée sous forme de stage de travail comportant une évaluation de leur progrès après chaque session, une récompense financière selon le nombre d'heures travaillées et l'échelon de travail accompli (en moyenne, environ 20$ par semaine), et la remise d'un diplôme à la fin du stage.

Les objectifs visés par l'Arti-Zanerie sont de trois ordres : fournir une expérience de réussite et de persévérance dans un contexte de productivité, de créativité et d'acquisition d'habiletés techniques; favoriser le potentiel de réussite scolaire, le développement du goût d'entreprendre des projets de travail; soutenir le développement d'habiletés sociales par l'expérience de travail et de groupe et la valorisation.

C'est par ce troisième objectif que l'action touche le plus directement la compétence sociale des enfants, notamment par le coaching en résolution de conflits et le développement des habiletés de communication et de vie collective, le tout vécu dans un contexte encourageant le développement des sentiments de fierté et de solidarité au groupe. La notion de responsabilisation de l'enfant pour ses actions est mise en valeur. L'intervenant est disponible pour l'écoute individualisée auprès des jeunes ayant besoin de se confier. Parfois, des enfants plus vieux ou plus expérimentés travaillent en parrainage auprès des plus jeunes.

Les jeunes rejoints par l'Arti-Zanerie sont considérés à haut risque de problèmes et de difficultés sur les plans social et personnel. Selon le rapport annuel de l'organisme, il s'agit de jeunes issus de familles où les rapports familiaux sont difficiles ou inexistants et, selon les intervenants consultés, il s'agit aussi de jeunes vivant des difficultés scolaires et ayant une faible estime et une faible confiance en soi, nourries par l'expérience constante d'échecs.

Les jeunes peuvent participer à l'Arti-Zannerie tous les samedis matins pendant une année scolaire. En 2001, 27 jeunes (10 garçons et 17 filles) ont participé, pour une moyenne de 14 heures chacun. Leur moyenne d'âge était de 13,5 ans, variant entre 10 et 16 ans.

ARTI-ZANERIE, UNITÉ DOMREMY

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs ➔ Secteur communautaire seul
Milieux d'intervention simples vs multiples ➔ Milieu communautaire seulement, par choix
Stratégies d'intervention simples vs multiples ➔ Plusieurs stratégies
Intensité et durée faibles vs élevées ➔ Intervention de longue durée; intensité moyenne
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale ➔ Action directe, prétexte travail
Action sur l'externalisation et l'intériorisation ➔ Externalisation et intériorisation
Action universelle vs sélective ➔ Très ciblée, quelques enfants à haut risque
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants ➔ Petite capacité
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux ➔ Absence
Stabilité et durabilité ➔ Activité stable mais sur financement non récurrent

2. *DÉCOUVRE TON CŒUR, MAISON DE LA FAMILLE, STE-ANNE-DES-PLAINES*

La Maison de la famille de Ste-Anne-des-Plaines offre une série d'ateliers pour enfants âgés de 6 à 10 ans intitulés « Découvre ton cœur ». Les ateliers d'une durée d'une heure sont offerts les samedis matins pendant six semaines. Au moment où nous menions cette recherche, une seule série d'ateliers avait été offerte mais l'organisme projetait répéter l'expérience à automne 2002.

Les buts de ces ateliers sont d'accroître l'estime de soi et la confiance en ses capacités d'analyser les problèmes et de les résoudre, dans une perspective générale de prévention des problèmes associés à l'intériorisation : le retrait, l'inhibition sociale et l'isolement, l'anxiété, la dépression et la détresse, l'idéation suicidaire et le suicide. À l'aide d'un livret d'histoires (guide d'animation pour l'intervenant et livrets pour les enfants), les ateliers abordent les thèmes suivants : découvrir qui est la personne la plus spéciale et extraordinaire dans la vie de l'enfant, la différence entre le positif et le négatif; comment faire son succès, d'où vient le mot courage, les émotions positives à acquérir et les émotions négatives à expulser. L'animation se fait par jeu de rôle et discussion en groupe à partir des histoires. Selon l'intervenante, les expériences dont les enfants font part se centrent davantage sur les difficultés et les conflits relationnels, l'exclusion, la marginalisation et la victimisation. Chaque semaine, il y a un retour sur l'histoire de la semaine précédente afin de discuter comment le thème a été vécu durant la semaine dans les milieux de vie des enfants, principalement à la maison et à l'école.

Les enfants participant à ces ateliers, environ 12 par groupe, sont inscrits par leurs parents suite à une référence de bouche à oreille ou après avoir vu les annonces dans le journal local. Il n'y a pas de système de référence par les ressources publiques : l'action vise des enfants dans des situations difficiles et qui ne peuvent pas se payer des services psychologiques privés; en même temps l'approche privilégiée évite la professionnalisation de l'intervention et l'étiquetage des participants afin d'encourager la

participation des familles qui auraient des réticences par rapport au système public. De plus, il n'y a aucun frais pour les participants.

À ce jour, les enfants qui ont participé aux ateliers sont majoritairement des filles. Selon l'intervenante consultée, les parents de ces enfants rapportent qu'ils cherchent de l'aide parce que les enfants ont de la difficulté à s'ouvrir et à s'exprimer; il s'agit majoritairement de familles monoparentales vivant beaucoup de stress et d'insécurité émotionnelle et économique.

DÉCOUVRE TON CŒUR, MAISON DE LA FAMILLE, STE-ANNE-DES-PLAINES

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs ➔ Secteur communautaire seul
Milieux d'intervention simples vs multiples ➔ Milieu communautaire seulement, par choix
Stratégies d'intervention simples vs multiples ➔ Plusieurs stratégies en petit groupe
Intensité et durée faibles vs élevées ➔ Intervention durant plusieurs semaines, intensité moyenne
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale ➔ Action directe
Action sur l'externalisation et l'intériorisation ➔ Accent sur l'intériorisation
Action universelle vs sélective ➔ Très ciblée, enfants volontaires
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants ➔ Petite capacité
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux ➔ Absence
Stabilité et durabilité ➔ Action récente sans financement assuré

3. CAMPS DE JOUR, VILLE DE BOISBRIAND, VOLET INTÉGRATION

Le Service de loisirs et d'activités communautaires de la Ville de Boisbriand offre une gamme de camps de jour d'été pour les enfants de 4 à 13 ans. Pour les enfants de 6 à 12 ans, les camps sont organisés selon les concentrations suivantes: plein air (150 enfants y participent); nature/culture (45 enfants); théâtre (30 enfants); touche-à-tout (40 enfants); multi-sports (60 enfants); tennis (30 enfants) et baseball (30 enfants). A cette liste s'ajoute un programme de surveillance animé dans les parcs qui rejoint 60 enfants. Les frais des camps sont de 60$ par semaine, excluant les frais de service de garde. Depuis quatre ans, un volet spécial du programme d'été vise l'intégration sociale d'enfants handicapés à l'ensemble des camps, et par le fait même le développement de la tolérance et les habiletés sociales associées chez tous les enfants participants.

Le programme d'intégration se réalise à l'aide d'une subvention de l'Association régionale des personnes handicapées, permettant l'embauche de trois personnes ressources spécialisées qui accompagnent les enfants handicapés dans les activités des camps de leur choix. Le programme accueille des enfants ayant tout type d'handicap, mais le plus souvent il s'agit d'enfants ayant des déficiences intellectuelles (trisomiques), d'enfants autistes, d'enfants présentant des troubles sévères de comportement et,

occasionnellement, d'enfants ayant des handicaps physiques légers (les infrastructures de loisirs et de transport n'étant pas bien adaptés aux enfants ayant des difficultés importantes de motricité). Bien que la demande pour ce service soit très forte, les ressources disponibles limitent la participation des enfants à un maximum de deux semaines par été. Aucun frais additionnel n'est demandé pour le service d'accompagnement.

Les accompagnateurs doivent avoir déjà reçu une formation pertinente, par exemple deux années complétées d'un DEC en éducation spécialisée ou des cours universitaires pertinents. De plus, ils reçoivent 50 heures de formation pour le poste au camp de jour, comprenant des sessions offertes par le Centre du Florès et l'Association régionale des personnes handicapées. Par ailleurs, les moniteurs réguliers reçoivent une formation de 40 heures qui comprend, entre autres, des séances sur les problèmes vécus par les enfants handicapés.

Pour les enfants handicapés participant aux camps, un contact est établi quotidiennement entre les parents et l'accompagnateur, par écrit ou par téléphone (à l'aide d'un petit calepin fièrement porté par les enfants), afin de suivre les progrès de l'enfant et son intégration. Très souvent, les enfants participant sont déjà connus au Centre du Florès, ou dans d'autres ressources, et les accompagnateurs peuvent ainsi accéder à des informations assez complètes pour préparer leur interaction avec l'enfant.

Sur le plan du développement de la compétence sociale, des gains associés au programme d'intégration sont appréciables à la fois chez les enfants handicapés et chez les enfants sans handicap (et, de façon peut-être plus importante, selon la répondante interviewée, chez les moniteur réguliers qui semblent éprouver moins de tolérance et moins d'acceptation qu'en éprouvent les enfants). Les enfants handicapés sont valorisés et stimulés par le contact avec les autres enfants : ils développent parfois des habiletés ou ils entreprennent des activités, et leurs parents en sont agréablement surpris. Chez les enfants non handicapés, l'intégration des enfants éprouvant des difficultés ou des limites se réalise très facilement. Chaque semaine, les moniteurs expliquent à tous les enfants présents la nature des limites de l'enfant handicapé qui se retrouve parmi eux : ainsi les autres enfants deviennent rapidement habiles à ajuster leur rythme et les activités afin de permettre à cet enfant handicapé d'y participer. Parce qu'ils fréquentent souvent des écoles différentes, ce programme permet aux jeunes handicapés et non handicapés résidant dans les mêmes quartiers de se connaître et de former des amitiés qui persistent très souvent après la fin du camp. Selon la répondante, si l'intégration des enfants handicapés se fait facilement c'est que les enfants sont regroupés autour d'un thème pour lequel ils partagent un intérêt particulier : la nature, le théâtre, etc.

Le camp distribue des questionnaires sur la satisfaction à la fin de chaque session; malgré un taux de réponse restreint, les réponses sont positives. Les parents d'enfants handicapés préfèrent quant à eux téléphoner directement au Service de loisirs pour exprimer leur grande satisfaction à l'égard de ce programme.

CAMPS DE JOUR, VILLE DE BOISBRIAND, VOLET INTÉGRATION

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs → Secteur municipal, avec des contributions du communautaire
Milieux d'intervention simples vs multiples → Milieu municipal seulement
Stratégies d'intervention simples vs multiples → Plusieurs stratégies en petit groupe
Intensité et durée faibles vs élevées → Intensité élevée, durée variable
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale → Action directe
Action sur l'externalisation et l'intériorisation → Accent sur le développement de la tolérance et le respect des différences : externalisation et l'intériorisation
Action universelle vs sélective → Universelle et sélective
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants → Grande capacité chez les enfants non handicapés, capacité limitée chez les enfants handicapés
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux → Absence
Stabilité et durabilité → Action stable et durable

4. PROGRAMME D'ESTIME DE SOI ET D'HABILETÉS SOCIALES, ÉCOLE ALPHA

L'École Alpha, située à Rosemère, offre un programme de développement de l'estime de soi et des habiletés sociales. Les buts généraux du programme sont de diminuer le risque d'inadaptation sociale ainsi que de prévenir la délinquance et le décrochage scolaire. A court terme, l'objectif spécifique est de prévenir le transfert des enfants vers les classes spécialisées accueillant des enfants qui ont été formellement diagnostiqués comme souffrant de « troubles de comportement » (TC). Le contenu du programme s'inspire (simplifié et adapté) de plusieurs programmes existants y compris le programme PARC et Vers le pacifique, en metttant l'accent sur la connaissance de soi, l'affirmation de soi, le développement des habiletés de gestion des émotions et de comportements prosociaux.

Ce programme a la particularité d'inclure des enfants ayant des difficultés sociales et des enfants ayant des comportements plus adéquats dans des interventions visant la compétence sociale. Cette formule a été adoptée afin de permettre aux enfants en difficulté d'interagir sur la question des sentiments et des relations avec les enfants détenant des habiletés plus développées, favorisant ainsi la modélisation par les pairs. La formule permet également d'éviter la stigmatisation associée aux interventions particulières par des spécialistes. La réputation du programme à l'école en est une d'activité agréable et intéressante.

Les interventions se déroulent pendant les cours de morale ou de religion, en petits groupes de 10 enfants, dont 2 ou 3 ont des difficultés. Deux groupes ont été formés : l'un vise l'amélioration de l'estime de soi, cible des enfants très gênés ou ayant de la difficulté à s'affirmer, et l'autre groupe vise l'amélioration des habiletés sociales, ciblant les enfants ayant des comportements d'intrusion, offensifs ou démontrant un manque de respect. Deux intervenants spécialisés assistent à toutes les séances, d'une durée de

45 minutes, une ou deux fois par semaine pendant l'année scolaire. Plus de garçons que de filles sont impliqués, soit 1 ou 2 filles pour 16 garçons. Les enfants présentant des difficultés sont référés par certains professeurs ou par la direction de l'école; les autres enfants sont choisis par leurs professeurs. L'accord des parents est requis. Un cahier de jeux de rôles et un cahier d'exercices à la maison accompagnent l'intervention en groupe; de plus, deux séances spécifiques impliquent les parents des enfants.

En parallèle, pour répondre à l'observation à l'effet que les comportements acquis en petits groupes ne persistaient pas nécessairement à l'extérieur des salles de classes, le volet (facultatif) Acti-midi a été ajouté. En collaboration avec des responsables de la surveillance du dîner, deux fois par semaine on lance des défis de comportement approprié aux enfants participant aux groupes d'intervention, les invitant ainsi à exercer les habiletés acquises et renforcer leur persistance.

Il n'y a pas eu d'évaluation formelle du programme mais les parents constatent des changements positifs chez leurs enfants et les professeurs remarquent des améliorations au niveau des résultats scolaires. Cependant, les intervenants remarquent que le progrès des enfants est rarement linéaire, et ils doivent souvent réviser et renforcer les notions transmises ou étudiées. Selon le répondant, les changements les plus importants se remarquent dans la cour d'école, dans le cadre du volet Acti-midi; entre autres : on observe des écarts croissants entre les enfants participant au programme et les élèves des classes TC. De plus, les enfants eux-mêmes se disent contents du programme et intéressés à continuer l'expérience.

PROGRAMME D'ESTIME DE SOI ET D'HABILETÉS SOCIALES, ÉCOLE ALPHA

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs ➔ Milieu scolaire avec implication des parents
Milieux d'intervention simples vs multiples ➔ En petits groupes en classe et dans la cour d'école
Stratégies d'intervention simples vs multiples ➔ Accent sur modélisation par les pairs
Intensité et durée faibles vs élevées ➔ Intervention de durée et intensité modérées
Action directe vs indirecte sur les compétences sociales ➔ Action directe
Action sur l'externalisation et l'intériorisation ➔ Externalisation et intériorisation
Action universelle vs sélective ➔ Sélective : des enfants sélectionnés et dépistés
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants ➔ Petite capacité
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux ➔ Absent
Stabilité et durabilité ➔ Action stable mais sans financement assuré; les ressources ont été réduites pour l'année scolaire qui vient

5. *Intervention de quartier, Secteur Notre Dame*

Cette action fait partie d'une initiative d'École et quartier en santé de St-Jérôme, comprenant un partenariat entre l'organisme communautaire l'Ami-e du quartier, l'École Notre-Dame et le CLSC Arthur-Buies. Le quartier Notre-Dame est l'un des plus défavorisés de la ville de Saint-Jérôme, comportant une forte prévalence de pauvreté et de problèmes sociaux. Les objectifs globaux de l'initiative sont : 1- favoriser la réussite (scolaire, sociale, affective) chez les enfants du quartier; 2- valoriser, renforcer et supporter les parents des enfants du quartier afin qu'ils puissent assumer adéquatement leurs responsabilités dans le développement de leur enfant; 3 - supporter les parents du quartier au niveau du développement de leur autonomie financière; 4 - supporter la communauté du quartier Notre-Dame et l'aider à se prendre davantage en main et à prendre la relève suite au projet. Le Comité aviseur du projet est composé de représentants de l'école, de la ville de Saint-Jérôme, du CLSC Arthur-Buies, du Centre jeunesse des Laurentides, du CLE, de l'Ami-e du quartier, de l'OMH, de la Garderie Notre-Dame et de la Paroisse Notre-Dame.

Parmi les activités initiées ou parrainées par cette initiative, nous retrouvons deux formes d'intervention destinées à développer directement la compétence sociale des enfants[5]. Une première série d'ateliers de groupe destinée à l'ensemble des élèves vise l'amélioration de l'estime/valorisation de soi, la gestion de l'émotion et la communication, et se déroule pendant 10 jeudis consécutifs, après l'école. Une deuxième série d'ateliers est destinée aux enfants identifiés par les enseignants en collaboration avec le travailleur social de l'école; l'objectif est de contribuer à l'acquisition des capacités de gestion de conflits. Cette série d'ateliers s'offre un midi par semaine pour les enfants plus jeunes (6 et 7 ans), et une fois par semaine après l'école pour les enfants de 8 à 13 ans. Ces activités s'inscrivent dans le programme Tôt ou tard et sont offertes en collaboration avec les Mesures alternatives des Vallées du Nord dans le cadre d'un programme de mobilisation des communautés. Dans les deux formes d'interventions, les intervenants communautaires et ceux du CLSC animent les activités. Bien que les activités se déroulent en petits groupes, certaines situations spécifiques, tels des signalements, peuvent occasionner de la consultation individuelle.

Dans les deux types d'ateliers, les enfants participants, issus d'un milieu difficile caractérisé par la pauvreté et l'instabilité résidentielle, sont considérés à risque de problèmes d'adaptation sociale, de type d'intériorisation ou d'externalisation. Par le partenariat avec l'Ami-e du quartier, l'intervention scolaire vise à sensibiliser les jeunes et leurs familles aux ressources communautaires qu'il s'agisse de dépannage ou de soutien et d'intégration sociale. Le partenaire communautaire, quant à lui, travaille à démystifier les ressources communautaires et à favoriser l'élargissement du réseau de soutien en offrant un accompagnement vers d'autres formes de soutien aux familles.

[5] L'École Notre-Dame a également participé au programme Vers le pacifique mais elle considère que le volet médiation n'est pas bien adapté à son contexte.

INTERVENTION DE QUARTIER, SECTEUR NOTRE-DAME, ST-JÉRÔME

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs → Partenariat entre plusieurs secteurs
Milieux d'intervention simples vs multiples → Intervention école, peut s'étendre au communautaire, pas en famille
Stratégies d'intervention simples vs multiples → Plusieurs stratégies
Intensité et durée faibles vs élevées → Intervention de quelques semaines, intensité moyenne
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale → Action directe
Action sur l'externalisation et l'intériorisation → Externalisation et intériorisation
Action universelle vs sélective → Universelle et sélective : groupes-classes et enfants sélectionnés
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants → Capacité de rejoindre un petit nombre par les ateliers à l'école et un plus grand nombre par l'action communautaire
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux → Présence importante
Stabilité et durabilité → Action stable mais sans financement récurrent

6. *TÔT OU TARD*

Le programme Tôt ou tard est un des programmes développés par l'organisme Mesures alternatives des Vallées du Nord à partir d'un mandat centré sur la Loi des jeunes contrevenants. De son siège principal à Saint-Jérôme et d'un point de service à Mont-Laurier, cet organisme dessert la partie nord de la région des Laurentides. Son organisation-sœur, Impact Jeunesse basé à Blainville, dessert la partie sud de la région. Dans le but général de prévenir la délinquance et la victimisation, Tôt ou tard a été mis sur pied pour répondre à un besoin, exprimé par les services policiers de la région, concernant les jeunes de moins de 12 ans (âge d'application de la Loi) ayant commis des gestes problématiques. Ce programme a été financé par le Centre national de prévention du crime, Programme de mobilisation des communautés. Une intervenante de l'organisme y travaille à raison de trois jours par semaine.

Tôt ou tard intervient auprès des enfants, majoritairement des garçons, ayant été dépistés ou référés par le personnel scolaire ou leurs parents[6] en raison de problèmes de comportement reliés à l'agressivité, aux difficultés de gestion de la colère ou de résolution de conflits. Lors des années scolaires 2000-2001 et 2001-2002, deux années pilotes, le programme a été implanté dans deux écoles du territoire, soit l'École Bellefeuille à Bellefeuille et l'École Notre-Dame à Saint-Jérôme. Ces écoles ont été choisies sur la base d'une analyse de besoins et des ressources. Cependant, l'intégration au milieu scolaire s'est avérée parfois difficile, surtout à une des écoles concernées, en partie parce que le personnel scolaire était réticent à voir identifier l'école comme étant une « école à problèmes ». Bien que le programme ait envisagé la formation du personnel scolaire, elle n'a pas eu lieu.

[6] La formule d'intervention est actuellement en révision.

Les enfants dépistés ou référés sont rencontrés en petits groupes, une fois par semaine, pour une durée de 10 semaines. Pour les enfants de 1e, 2e et 3e année, les rencontres ont lieu les midis, tandis que pour les enfants de 4e et 5e année , les rencontres se déroulent après l'école. L'intervention se fait par petits groupes à l'aide d'une variété de techniques d'animation tirées d'une trousse d'animation divisée en neuf sections : estime de soi (2 ateliers), perceptions (3 ateliers), préjugés (1 atelier), colère (3 ateliers), résolution de conflits (4 ateliers), nos sentiments (2 ateliers), parler en jeu (1 atelier), jeux de connaissance (1 atelier) et coopération (3 ateliers). Dans une des écoles participantes, l'intervention en petits groupes à risque a été accompagnée par une tournée dans l'ensemble des classes, selon le modèle de Vers le pacifique.

Le projet a expérimenté des façons d'impliquer des parents, mais il y eu peu de participation. Cependant, certains parents se disent satisfaits du progrès chez leurs enfants.

Au moment où nous rédigeons le présent rapport, une évaluation du programme est menée par entrevue téléphonique post-test auprès des parents, et les résultats de cette évaluation doivent être disponibles à l'automne 2002. De façon informelle, les intervenants constatent que les changements sont plus visibles chez les enfants les plus jeunes (premier cycle du primaire).

TÔT OU TARD

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs ➔ Communautaire intervient en scolaire
Milieux d'intervention simples vs multiples ➔ École en petit groupe
Stratégies d'intervention simples vs multiples ➔ Plusieurs stratégies en petit groupe
Intensité et durée faibles vs élevées ➔ Intervention de plusieurs semaines, intensité moyenne
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale ➔ Action directe
Action sur l'externalisation et l'intériorisation ➔ Accent sur l'externalisation
Action universelle vs sélective ➔ Sélectif : enfants référés
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants ➔ Petite capacité
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux ➔ Absence
Stabilité et durabilité ➔ Action stable, sans financement récurrent, qui adapte actuellement son mode d'intervention

7. *Maison Pause Parent, Intervention à domicile*

La mission première de la Maison Pause Parent est le soutien aux familles ayant des enfants âgés entre 0 et 5 ans. Cependant, certaines de ses activités rejoignent les enfants plus vieux, par le biais des interventions au sein des écoles ou, dans le cas que nous avons choisi, par l'intervention auprès de familles qui ont des enfants âgés de 0 à 5 ans, mais aussi des enfants de d'âge scolaire. Situé à St-Jérôme, cet organisme communautaire a le mandat de desservir les MRC de la Rivière du Nord et Mirabel. Toutes les activités de l'organisme sont accessibles moyennant des frais annuels d'adhésion de 5$ par famille.

Le programme d'intervention à domicile auprès des familles a pour objectif général de favoriser la qualité relationnelle au sein du système familial. Basée sur une approche d'intervention thérapeutique systémique, l'intervention consiste en 12 à 15 rencontres hebdomadaires, d'une durée de 90 minutes, au domicile familial. Les quatre premières rencontres sont destinées à la prise de contact, à l'évaluation de la situation et l'établissement d'un contrat précisant les objectifs de l'intervention. Par la suite, l'intervention se centre sur les objectifs convenus, souvent très différents de ceux exprimés lors de la demande d'aide initiale, et se réalise à l'aide d'une trousse d'outils présentant plusieurs stratégies : la modélisation de comportement, l'éducation, la médiation ou la négociation ainsi que l'apprentissage par le jeu. La compétence sociale des enfants de 5 à 12 ans pourrait donc être touchée dans les cas où la dynamique familiale implique des problèmes reliés aux comportements sociaux des enfants en lien avec ceux de leurs parents; par ailleurs, ce sont les problèmes de discipline et d'autres formes d'externalisation qui sont le plus souvent à la base des demandes d'aide.

Lorsque la période d'intervention est terminée, un suivi téléphonique peut s'effectuer. Les parents sont aussi référés vers d'autres ressources de la Maison ou d'autres organismes, notamment aux ateliers sur la discipline.

Les familles participantes ont été orientées tant par le bouche à oreille que par des références du CLSC Arthur-Buies (environ 50% des cas), de la DPJ, des écoles et des CPE. Environ la moitié d'entre elles proviennent de Saint-Jérôme, tandis que les autres familles résident dans des villages, comme Sainte-Sophie et Saint-Janvier. Le programme emploie deux intervenants, deux journées par semaine, pour une capacité d'accueil d'environ 20 familles à la fois. Il y a une liste d'attente d'environ six semaines et la priorité est accordée, selon des critères précis, aux familles les plus vulnérables, soit les familles monoparentales, à faible revenu, à faible scolarité, ayant des enfants en bas âge ou sous la responsabilité de parents jeunes.

Selon les intervenants, l'intervention à domicile comporte plusieurs avantages. D'abord, les familles sont plus à l'aise dans leur milieu naturel et il est ainsi plus facile d'établir les liens de confiance. De plus, l'intervention à domicile réduit les frais de transport pour ces familles et la rend donc plus accessible. Enfin, la possibilité d'observer la famille dans son environnement offre à l'intervenant plus d'informations sur la dynamique familiale, ce qui peut faciliter l'intervention.

MAISON PAUSE PARENT, INTERVENTION À DOMICILE

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs ➔ Secteur communautaire en lien avec d'autres pour références
Milieux d'intervention simples vs multiples ➔ À domicile seulement
Stratégies d'intervention simples vs multiples ➔ Plusieurs stratégies en famille ou individuelles
Intensité et durée faibles vs élevées ➔ Intervention de longue durée et intensité
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale ➔ Action indirecte par les relations familiales
Action sur l'externalisation et l'intériorisation ➔ Accent sur l'externalisation, aussi intériorisation
Action universelle vs sélective ➔ Très sélective, quelques familles volontaires
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants ➔ Petite capacité
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux ➔ Source de références
Stabilité et durabilité ➔ Action sans financement direct, enfants de 0 à 5 ans étant priorisés

8. MAISON DES JEUNES DE GRENVILLE : PROJET MAIN DANS LA MAIN ET CAMPS DE JOUR

Bien que sa mission première se centre sur les adolescents, la Maison des jeunes de Grenville tente d'inclure dans sa programmation des activités pour les enfants de 5 à 12 ans lorsque c'est possible. Actuellement, c'est par le programme « Main dans la main » et les camps de jour d'été que la Maison rejoint les enfants de ce groupe d'âge; antérieurement à l'introduction des garderies à 5$/jour, la Maison avait également offert un programme de garderie scolaire en collaboration avec l'école primaire Grenville.

Le programme « Main dans la main » est offert aux enfants de 5 à 11 ans, un samedi par mois pendant toute l'année scolaire, de 9h30 à 16h30, au local de la Maison des jeunes. Visant d'abord à créer un temps de répit pour les parents, le programme se fait connaître par les écoles et les médias locaux. Il se peut qu'un ou deux enfants y soient référés par le travailleur social du CLSC. Une vingtaine d'enfants, des filles en même proportion que des garçons, s'inscrivent chaque année, dont deux ou trois éprouvant des difficultés de comportement. Les frais à débourser sont de 2$ par jour.

Chaque samedi, les activités de bricolage et de jeux intérieurs et extérieurs sont organisées autour d'un thème saisonnier ou autre (ex. Pâques). La compétence sociale est abordée indirectement, mais de façon soutenue, par les valeurs de respect et de partage. Les animateurs ont recours souvent à des mises en situation, aux improvisations ou aux jeux de rôle spontanés, pour faire réfléchir les enfants aux causes et aux conséquences des situations de conflit, de rejet, de manque de respect, etc. Selon le groupe d'enfants, l'intervention de ce type pourrait viser les problèmes d'intériorisation (notamment l'anxiété et la détresse) autant que les problèmes d'externalisation (notamment les troubles de comportement). Bien qu'il n'ait pas fait l'objet d'une évaluation formelle, les parents mentionnent souvent leur appréciation de ce programme.

Les camps de jour d'été sont offerts par la Maison des jeunes à l'intention de 60 à 70 enfants de 5 à 11 ans chaque été, moyennant des frais de 70$ pour l'été. Ce programme est pris en charge par la Maison à l'aide des programmes d'emploi d'été pour les étudiants; la municipalité n'est pas impliquée sauf pour l'accès aux locaux du centre communautaire. La compétence sociale est abordée de la même manière que dans le programme Main dans la main, autour des thématiques visant le partage, la résolution de conflit et le contrôle des émotions, et le développement de la tolérance. Il y a habituellement une dizaine d'enfants ayant des difficultés de comportement dans chaque groupe. Ils sont intégrés aux autres enfants de leur groupe d'âge et les moniteurs reçoivent une formation afin de développer des stratégies d'intervention, telles des périodes de réflexion.

MAISON DE JEUNES DE GRENVILLE :
PROJET MAIN DANS LA MAIN ET CAMPS DE JOUR

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs ➔ Secteur communautaire surtout, en lien avec santé et services sociaux occasionnellement
Milieux d'intervention simples vs multiples ➔ Au local de l'organisme et lieux de loisirs
Stratégies d'intervention simples vs multiples ➔ Stratégies axées sur le jeu de rôle en petit groupe
Intensité et durée faibles vs élevées ➔ Intervention de longue durée, peu intense
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale ➔ Action indirecte à travers le jeu et bricolage
Action sur l'externalisation et l'intériorisation ➔ Action sur les deux selon le groupe
Action universelle vs sélective ➔ Main dans la main : Très sélective, quelques familles volontaires; Camps de jours : assez universelle
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants ➔ Main dans la main : petite capacité; Camps de jour : capacité importante
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux ➔ Très peu présent
Stabilité et durabilité ➔ Main dans la main : Action stable mais sans financement direct, enfants de 12 ans et plus étant priorisés; Camps de jour : action stable et durable

9. *ÉCOLE EN SANTÉ OVIDE CHARLEBOIS*

Cette initiative de recherche et d'intervention, à Sainte-Marguerite du Lac Masson, vise à agir en amont des problèmes d'adaptation sociale et de décrochage scolaire, ce dernier étant très élevé pour les jeunes de Sainte-Marguerite fréquentant la polyvalente de Sainte-Adèle. Suite à un protocole d'entente entre l'école primaire Ovide Charlebois et le CLSC des Pays-d'en-Haut, l'initiative d'École en santé a été mise sur pied. Elle s'inscrit dans le projet éducatif existant à Ovide Charlebois et met l'accent sur le sain développement des enfants, y compris leurs habiletés sociales. De plus, une équipe de chercheurs de l'Université de Sherbrooke réalise une évaluation longitudinale d'impact du projet.

L'intervention se déroule sur une période de six ans auprès d'une cohorte d'enfants qui sont actuellement en 3e et 4e année du primaire. Des ressources du CLSC ont été dégagées pour la période complète de l'intervention afin de favoriser la stabilité et la continuité. L'intervention principale se réalise en classe par l'intervenant du CLSC en la présence du professeur, à raison d'une session d'une heure par semaine, durant toute l'année scolaire. La thématique de l'histoire de l'homme est utilisée comme toile de fond des activités visant le développement du respect de soi, le respect des autres et le respect de l'environnement. L'intervention emprunte diverses stratégies : jeux de rôle, productions individuelles et collectives, travail en sous-groupes, expression artistique, échanges et causeries. Une activité de théâtre est aussi organisée; les parents sont invités à offrir leur aide pour les préparatifs, par exemple au niveau des décors, et à assister au spectacle.

Au début de chaque année, les enfants de la cohorte participent à des évaluations sociométriques permettant l'identification, par leurs pairs, des enfants populaires, rejetés, controversés et isolés; cette évaluation est utilisée par les intervenants pour la formation de paires et de regroupements d'enfants qui peuvent pallier aux situations sociométriques négatives. L'évaluation compte également des mesures de santé mentale administrées annuellement à l'ensemble de l'école, fournissant des indices liés à des problèmes intériorisés (anxiété, angoisse de séparation, dépression) et externalisés (trouble de la conduite, hyperactivité, trouble d'opposition). Des données d'évaluation préliminaires ont démontré des effets positifs sur les problèmes externalisés et ce, dès la première année d'implantation; après la deuxième année d'implantation on a aussi observé l'émergence d'effets bénéfiques au niveau des problèmes intériorisés.

Les résultats d'évaluation des années suivantes ne semblent pas disponibles. La population d'élèves ainsi que le personnel scolaire ont connu un roulement important pendant les quatre années de l'intervention. Le personnel scolaire trouve difficile d'identifier les effets sur la compétence sociale des jeunes de la cohorte. Bien qu'il ait été envisagé qu'un technicien en éducation prenne la relève pour s'assurer de la continuité, le roulement important parmi cette catégorie de travailleur a limité le potentiel d'un tel transfert de responsabilités.

ÉCOLE EN SANTÉ OVIDE CHARLEBOIS

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs ➔ Partenariat école, CLSC, université
Milieux d'intervention simples vs multiples ➔ À l'école en groupes-classes seulement
Stratégies d'intervention simples vs multiples ➔ Plusieurs stratégies en groupes-classes
Intensité et durée faibles vs élevées ➔ Intervention de très longue durée et intensité
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale ➔ Action directe
Action sur l'externalisation et l'intériorisation ➔ Externalisation et intériorisation
Action universelle vs sélective ➔ Universelle : tous les enfants des groupes classes
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants ➔ Grande capacité
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux ➔ Présence clé
Stabilité et durabilité ➔ Action à long terme mais sans financement récurrent

10. ANGER MANAGEMENT PROGRAM, MORIN HEIGHTS ELEMENTARY SCHOOL

Cette action est issue de l'initiative d'un parent de l'école, qui est aussi une intervenante du Centre de la famille Batshaw, et se base sur le programme américain *Kelsoe's Choices*. Kelsoe est une marionnette; en compagnie de ses amis marionnettes, elle est utilisée pour enseigner les étapes d'analyse et de résolution de conflits. Des éléments de plusieurs autres programmes sont aussi incorporés afin de compléter le programme de base, surtout pour les enfants ayant déjà participé à ce dernier (notamment le *Agression Replacement Training* de Goldstein, en implantation dans les Centres Batshaw). Le programme vise à outiller les jeunes pour résoudre des conflits interpersonnels par la gestion des émotions et le raisonnement moral. Les buts généraux sont la prévention de la violence et de l'agression ainsi que la promotion de comportements pacifiques. Ce programme a été subventionné par le ministère de l'Éducation sur une base non récurrente.

L'intervention s'offre dans les groupes-classes de tous les niveaux, une fois par semaine pendant l'année scolaire. L'intervenant anime les sessions en présence des enseignants, dans la perspective éventuelle de la prise en charge du programme par l'école sans aide extérieure. De plus, les enseignants reçoivent une formation sur le programme et ils sont chargés d'assurer une continuité de l'approche à d'autres moments et en dehors des heures de classe, notamment dans la cour d'école. Dans le cadre de séances ponctuelles, l'intervenant anime des sessions supplémentaires sur d'autres thématiques connexes, telles le raisonnement moral et la prévention de l'abus sexuel.

Les thématiques traitées varient selon le niveau scolaire des élèves : pour la maternelle et la 1e année, l'intervention se concentre sur le respect; pour les élèves de 1e et 2e année, on ajoute une préoccupation pour la prévention de l'agressivité mineure; en 3e année, le programme vise l'intimidation et le taxage; en 4e année, la colère et ses conséquences; en 5e année, le respect des règles de la collectivité et en 6e année, la gestion des relations et la pression des pairs.

Le programme est complété par d'autres outils visant le développement d'un climat positif et pacifique. Entre autres, les comportements positifs des enfants sont renforcés par l'affichage de coupons de félicitations; et l'école identifie et affiche régulièrement ces valeurs, qui sont intégrées dans les activités préventives.

ANGER MANAGEMENT PROGRAM, MORIN HEIGHTS ELEMENTARY SCHOOL

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs ➔ Milieu scolaire avec expertise Centre jeunesse
Milieux d'intervention simples vs multiples ➔ Milieu scolaire au complet
Stratégies d'intervention simples vs multiples ➔ Plusieurs stratégies, surtout en groupes-classes
Intensité et durée faibles vs élevées ➔ Intervention durant toute l'année scolaire, intensité moyenne
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale ➔ Directe, sur plusieurs aspects
Action sur l'externalisation et l'intériorisation ➔ Accent sur l'externalisation tout en tenant compte de l'intériorisation
Action universelle vs sélective ➔ Universelle : tous les enfants de l'école
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants ➔ Grande capacité
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux ➔ Indirecte : intervenante associée au Centre jeunesse
Stabilité et durabilité ➔ Action stable sur financement renouvelable non récurrent

11. HALTE JEUNESSE, SAINT-ADOLPHE-D'HOWARD

Face à un manque de ressources pour leurs enfants au sein de village de Saint-Adolphe-d'Howard, des parents du village dont les élèves fréquentent l'école à l'extérieur (à Ste-Agathe et Morin Heights), se sont mobilisés afin que soit créée la Halte jeunesse, un service de garde post-scolaire localisé dans la municipalité de résidence des jeunes. Cette action est offerte en collaboration avec le service de loisirs de la municipalité, qui fournit les locaux au Centre communautaire.

Les enfants inscrits au programme, actuellement 12 enfants âgés de 6 à 11 ans, arrivent par autobus scolaire au centre communautaire tous les jours de la semaine. Sous la supervision de deux intervenants, ils prennent une collation, ont une période de devoirs, et participent à des activités ayant des buts éducatifs, jeux libres, bricolage ainsi que sports intérieurs et extérieurs. Des projets à long terme sont aussi organisés afin de stimuler la persévérance et l'esprit d'équipe. La compétence sociale n'est pas ciblée directement lors de ces activités, mais le code de conduite de la Halte met l'accent sur le respect et l'écoute des autres.

HALTE JEUNESSE, SAINT-ADOLPHE-D'HOWARD

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs → Partenariat municipal – parents
Milieux d'intervention simples vs multiples → Milieu municipal seulement
Stratégies d'intervention simples vs multiples → Plusieurs stratégies indirectes
Intensité et durée faibles vs élevées → Intervention de long durée à faible intensité
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale → Action très indirecte
Action sur l'externalisation et l'intériorisation → Accent sur l'externalisation
Action universelle vs sélective → Sélective, enfants volontaires
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants → Petite capacité
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux → Absence
Stabilité et durabilité → Action récente avec financement durable

12. PRISME/ TANGAGE LAURENTIDES

Le programme PRISME vise la prévention de la toxicomanie par l'approche de la gestion expérientielle. L'organisme communautaire Tangage, situé à Ste-Agathe, est un des trois organismes de la région des Laurentides à offrir le programme PRISME, desservant le territoire de la Commission scolaire des Laurentides[7]. Sur ce territoire, Tangage intervient auprès des élèves du secondaire et du dernier cycle du primaire ainsi qu'auprès des adolescents qu'on rejoint dans les Maisons de jeunes. Le programme est aussi offert à l'intention des travailleurs de rue, dans la perspective de sensibiliser et mobiliser les communautés, et il est aussi disponible des camps de jour l'été.

L'approche de la gestion expérientielle met l'accent sur la capacité des jeunes de se reconnaître et de s'affirmer face aux problèmes sociaux, y compris la consommation de drogues. La compétence sociale est abordée indirectement, par le développement des capacités d'écoute de soi-même et des autres, et par l'apprivoisement des émotions. Bien que la cible actuelle du PRISME soit la toxicomanie, l'approche pourrait s'appliquer à d'autres problématiques, telles la sexualité ou la violence. Il est important de constater que cette approche vise à créer des habiletés de base chez les jeunes afin de mieux les outiller pour faire leurs propres choix, sans leur dicter la nature des choix à faire. Elle se distingue donc des programmes courants de prévention de la consommation de psychotropes, de la délinquance ou de la criminalité. Elle s'approche des programmes de développement personnel et social, et s'apparente aux programmes de gestion des émotions visant la réduction de l'agressivité et la prévention de la violence.

Le programme PRISME est conçu pour s'implanter progressivement au sein des territoires naturels formés des écoles secondaires et des écoles primaires de leur bassin de desserte. On rejoint d'abord les enfants à la fin du primaire pour les préparer aux choix auxquels ils seront confrontés; on les rejoint encore au début du secondaire, au moment où le risque s'accroît, pour renforcer les messages et les habiletés.

[7] Le Sablier couvre le territoire de la Commission scolaire de la Rivière du Nord, et PRISME St-Eustache le territoire de la Commission scolaire Seigneurie des Milles-Îles.

L'intervention PRISME est menée par des parents bénévoles qui ont suivi une formation de 10 heures, sous la supervision d'intervenants formés et membres de l'Association des intervenants en gestion expérientielle du Québec. L'implication des parents est considérable : chacun contribue environ 50 heures au programme à chaque année. L'intervention se réalise dans l'école à l'invitation de celle-ci (professeur, direction ou conseil d'établissement), moyennant des frais minimes pour défrayer les coûts. Dans la Commission scolaire des Laurentides, 3 400 élèves sont rejoints annuellement.

Dans le volet touchant les élèves de 5e et 6e année, cinq ateliers de 90 minutes sont présentés sur les thèmes suivants : le corps humain et ses réactions, les drogues naturelles et artificielles et l'expérience d'une drogue naturelle, les relations interpersonnelles, la publicité, la reconnaissance des émotions et le rôle des drogues dans l'émotion. Le programme de 6e année prépare les élèves à la transition au secondaire et ce, par une discussion sur les peurs liées à l'intimidation et au taxage. Les ateliers se déroulent dans les groupes-classes et en présence de l'enseignant, à l'aide de différentes techniques d'animation : jeux de rôles, modélisation, activités ludiques, etc.

Le programme PRISME a déjà été évalué dans d'autres régions : la DSP de la Montérégie a réalisé une évaluation de l'implantation (1993) et la DSP de Laval a réalisé une évaluation des effets (1999). Cette dernière évaluation a démontré certains effets positifs chez les participants au programme, entre autres sur leur capacité de résister à leurs pairs, de s'affirmer, de ne pas se laisser influencer par leurs amis face à la consommation de psychotropes et de faire des choix cohérents avec leur bien-être (Allard et al, 1999).

PRISME/ TANGAGE LAURENTIDES

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs → Communautaire intervient en milieu scolaire
Milieux d'intervention simples vs multiples → Scolaire en classe avec implication des parents
Stratégies d'intervention simples vs multiples → Plusieurs stratégies en groupe-classe
Intensité et durée faibles vs élevées → Intervention de quelques semaines, intensité moyenne, visant une continuité entre primaire et secondaire
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale → Action directe et indirecte, approche expérientielle
Action sur l'externalisation et l'intériorisation → Accent sur la connaissance de soi
Action universelle vs sélective → Universelle, tous les enfants des groupes-classes
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants → Grande capacité
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux → Absence
Stabilité et durabilité → Action stable et durable, sans financement récurrent

13. École verte Sainte-Marie

Les écoles Sainte-Marie (premier cycle) et Saint-Jean-Baptiste (deuxième cycle) à Val-David ont instauré un programme de promotion du pacifisme et de comportements prosociaux, en lien avec leur statut d'École verte Brundtland[8]. Mené par une technicienne en éducation, le programme de l'école Sainte-Marie développe trois volets touchant la compétence sociale de manière directe et préventive.

D'abord, la gestion du code de vie incarne des valeurs de l'école qui, elles, sont développées par la collectivité de l'école, y compris le conseil d'établissement. Les six classes de 1e et 2e année participent à des ateliers en début d'année qui expliquent les règles de conduite de l'école et leurs liens avec les valeurs. Les conséquences négatives des manquements au code de vie ainsi que les conséquences agréables du respect du code de vie sont affichées sur les murs de l'école, notamment dans les escaliers. Tous les intervenants de l'école sont également chargés de renforcer les comportements respectueux du code de vie et des valeurs avec des petites fiches qui permettent à l'enfant de participer à un tirage mensuel. Les fiches sont comptabilisées régulièrement pour effectuer le suivi des comportements des élèves, facilitant ainsi l'action en amont de difficultés graves chez des élèves qui vivent des périodes plus turbulentes.

Un deuxième volet vise le développement des capacités de résolution de conflits. À l'aide d'une mascotte, lors des sessions en groupes-classes, les étapes d'analyse et de résolution de conflits sont enseignées à l'aide de stratégies interactives, par exemple les jeux de rôle. Ce module intègre un programme de prévention de la violence et de résolution de conflits élaboré par l'Ombre-elle, organisme communautaire du territoire oeuvrant auprès de femmes violentées. Il y a deux ou trois sessions par classe chaque année.

Le programme d'Agents de la paix, troisième volet du programme, permet aux enfants de 2e année d'exercer un rôle de médiateur auprès de leurs pairs. Le rôle étant en grande demande, les élèves qui le désirent participent à un tirage de sélection puis à une entrevue individuelle. L'élève sélectionné reçoit ensuite une formation durant la période du midi et se voit attribuer des responsabilités spécifiques. Un suivi est fait chaque semaine. Le mandat du groupe dure un mois; à la fin les enfants reçoivent un certificat, une médaille et une carte de membre à vie aux Agents de la paix. Le processus de sélection permet à tous les enfants d'être Agent de paix une fois au cours de sa 2e année. Les intervenantes consultées soulignent que ce volet est particulièrement efficace pour rejoindre, dans une approche préventive, les enfants inhibés ou isolés.

[8] Les établissements vert Brundtland souscrivent à un mouvement visant à créer des écoles écologiques, pacifiques, solidaires et démocratiques. Les écoles participantes doivent adhérer aux valeurs du mouvement, démontrer leur engagement de façon concrète et continue par des actions éducatives dans chacune des catégories :au sein des classes, au sein de l'école, ouverture sur la communauté, ouverture sur le monde. http://eav.csq.qc.net

ÉCOLE VERTE SAINTE-MARIE *Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?*
Implication d'un vs plusieurs secteurs → Secteur scolaire seul Milieux d'intervention simples vs multiples → Milieu scolaire au complet Stratégies d'intervention simples vs multiples → Plusieurs stratégies dans les milieux différents Intensité et durée faibles vs élevées → Intervention de longue durée et intensité Action directe vs indirecte sur la compétence sociale → Action directe Action sur l'externalisation et l'intériorisation → Accent sur l'externalisation, aussi intériorisation Action universelle vs sélective → Universelle, tous les enfants de l'école Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants → Grande capacité Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux → Absence Stabilité et durabilité → Action stable et durable

14. SWAT TEAM

Le projet SWAT est issu d'une collaboration entre l'organisme communautaire PANDA Basses-Laurentides sud-ouest (oeuvrant auprès d'enfants ayant des difficultés d'attention et des troubles d'apprentissage), le CLSC Jean-Olivier-Chénier et la municipalité de Pointe-Calumet[9]. Il s'agit d'un programme de soutien et d'intervention ciblant les enfants de 3 à 12 ans présentant des difficultés de comportement ou d'adaptation, qui vise à prévenir leur exclusion et à faciliter leur maintien dans les camps de jour municipaux. Bien que la municipalité offre des camps de jour à prix modique pour l'ensemble des enfants de son territoire, les enfants perturbateurs, manifestant des problèmes externalisés d'adaptation sociale, sont souvent trop difficiles pour les jeunes moniteurs de ces camps et sont exclus après quelques semaines de participation. De plus, les camps ont déjà connu des incidents de violence envers les animateurs et entre les jeunes, stimulant alors une modification des mesures disciplinaires pour promouvoir la non-violence. En favorisant leur maintien dans les camps, le programme veut permettre à ces jeunes à risque de vivre des activités de réflexion et de modification d'attitudes et de comportements, favoriser une meilleure relation animateurs/enfants et développer des outils d'intervention pour les animateurs des camps de jour afin d'intégrer les jeunes ayant des difficultés.

Le programme Swat Team est un programme de développement des capacités et de soutien aux moniteurs des camps. Avant le début des camps, des psycho-éducatrices désignées pour ce projet donnent aux moniteurs une formation de deux heures qui comprend les stratégies d'encadrement, les techniques d'intervention et les stratégies de résolution de conflit (révisées pour accroître leur compatibilité avec celles du programme *Vers le pacifique*, qui est implanté dans les deux écoles primaires de Pointe-Calumet).

[9] Jusqu'à 2002, la Municipalité de Deux-Montagnes a également participé au programme; elle se retire durant l'été 2002 pour des raisons techniques reliées aux conditions de travail des moniteurs.

Des « mini-formations » hebdomadaires sont également offertes sur les lieux des camps durant l'été; elles visent à développer et à soutenir les capacités d'animation et de gestion de conflits des moniteurs. Ces sessions de formation s'accompagnent de matériel de soutien : un document d'aide, des cartes plastifiées avec les stratégies de résolution de conflits, des contrats de comportement ou feuilles de route, du matériel de renforcement pour les moniteurs, des feuillets résumant le contenu de sessions de formation, une grille d'observation des comportements, une grille de dépistage des enfants, et d'autres feuillets et questionnaires.

De plus, les psycho-éducatrices travaillant à ce projet sont disponibles au besoin tout au long de l'été pour intervenir directement auprès des enfants manifestant des difficultés de comportement. Elles utilisent diverses stratégies auprès de ces jeunes, dans le but de les aider à adopter des comportements permettant leur maintien au camp. En 2001, des interventions de ce type ont été réalisées auprès de 31 enfants, soit environ 10% du nombre d'enfants inscrits. Il est aussi prévu qu'un programme de développement des habiletés sociales, en huit modules de 45 minutes basés sur le programme Fluppy, soit offert à des enfants dépistés en raison de leurs problèmes de comportement. En 2001, ce programme a été dispensé à six enfants de 7 à 10 ans.

Le rapport d'évaluation de l'été 2001 indique que SWAT Team a favorisé le maintien d'un climat harmonieux dans les camps, et que les problèmes d'agression et de violence ont été atténués par rapport aux années précédentes. Aucune expulsion définitive n'a d'ailleurs eu lieu cette année-là.

SWAT TEAM

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs → Partenariat communautaire, CLSC, municipal
Milieux d'intervention simples vs multiples → Milieu municipal (camps de jours) seulement
Stratégies d'intervention simples vs multiples → Plusieurs stratégies directes et indirectes
Intensité et durée faibles vs élevées → Intervention de soutien de longe durée, avec interventions d'appoint
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale → Action indirecte (formation) et directe (intervention)
Action sur l'externalisation et l'intériorisation → Externalisation
Action universelle vs sélective → Sélective, enfants dépistés
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants → Grande capacité
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux → Présence clé
Stabilité et durabilité → Action stable et durable, financement pris en charge par la municipalité

15. TRAVAILLER ENSEMBLE, JOUER ENSEMBLE

Cette action vise à améliorer la compétence sociale et la réussite scolaire d'un groupe d'enfants souffrant de troubles déficitaires de l'attention (TDA) qui présentent de forts risques de développer des problèmes d'adaptation sociale. Fruit d'un partenariat entre

l'organisme communautaire PANDA Basses-Laurentides sud-ouest, le CLSC Jean-Olivier-Chénier et des écoles de la Commission scolaire Seigneurie des Milles-Îles, le programme consiste en des séances de tutorat et de jeux menées auprès des enfants présentant des TDA par des élèves du niveau secondaire 3, 4 ou 5. Ses objectifs spécifiques sont : apprendre à l'élève TDA des stratégies de résolution de problèmes face aux tâches scolaires et dans les situations relationnelles; apporter une aide pour l'intégration des apprentissages pédagogiques faits en classe; permettre à des adolescents du secondaire de vivre une expérience valorisante où ils se sentent utiles avec des jeunes en difficulté; présenter des modèles d'identité positive et accessibles aux élèves ayant un TDA. À la base, ce projet a émergé d'un objectif de prévention de l'agression envers les enfants en difficulté, sous forme de répit à l'intention des parents.

Pour recevoir le service, les familles doivent adhérer au PANDA (frais de 5$ par année), fournir un local propice aux devoirs, s'engager à reconduire le tuteur chez-lui si nécessaire, et payer le tuteur 5$ par jour. Les parents intéressés sont identifiés lors des rencontres du PANDA, mais peuvent également être référés par d'autres organismes ou services.

Chaque automne, suite à une période de recrutement organisée par le service de pastorale au sein de la Polyvalente Deux-Montagnes, les élèves tuteurs sont sensibilisés à la problématique du trouble déficitaire d'attention et ils sont formés aux stratégies de résolution de problème au cours d'une séance d'environ une heure et demie. Ensuite, ils sont appariés aux enfants membres du PANDA, selon la proximité géographique des domiciles.

L'intervention se déroule comme suit : après l'école (souvent tous les jours de la semaine), le tuteur se rend chez l'enfant avant ou au moment où il arrive de l'école (heureusement l'horaire de l'école ainsi que celui des autobus scolaires le permet; le programme sera remis en question s'il y a un changement à ce niveau). Ensemble, l'enfant et son tuteur passent 45 minutes en activités de devoirs et leçons, suivies par 45 minutes d'activités de jeux et de détente qui impliquent une interaction et des échanges (donc pas de télévision). Les stratégies d'intervention utilisées sont principalement la modélisation ou coaching et l'apprentissage par le jeu. Selon les intervenantes de CLSC consultées, dans plusieurs cas la famille engage l'étudiant pour des heures de gardiennage supplémentaires, ce qui prolonge davantage la relation entre l'enfant et l'étudiant et offre à ce dernier un traitement financier additionnel.

Le programme accueille habituellement environ 30 familles, dont 20 garçons et 10 filles, tandis qu'environ 5 garçons et 25 filles deviennent tuteurs. Il y a actuellement une liste d'attente d'environ trois mois, phénomène qui s'exacerbe dans la deuxième moitié de l'année scolaire.

Pour les élèves ayant des TDA, souvent trop turbulents pour être acceptés en milieu de garde scolaire, le programme est bénéfique sur plusieurs plans. Leur réussite scolaire, déjà à risque, est favorisée, ce qui peut aider à briser l'image négative de soi et le cycle d'expériences d'échec. De plus, selon les intervenantes de CLSC consultées, il s'agit

d'enfants qui ont de la difficulté à établir des amitiés et des relations significatives. Leur relation avec le tuteur peut devenir très significative; dans plusieurs cas ces relations ont persisté pendant quelques années, même après que le tuteur ait quitté l'école secondaire pour le CEGEP. Enfin, aux parents qui ont vécu des difficultés oppositionnelles avec leurs enfants souffrant de TDA relativement aux devoirs, le programme offre un répit important et un début de soirée plus agréable et positif. Une évaluation pré-post réalisée auprès des professeurs des élèves présentant des TDA, dans une version antérieure du programme (offerte au CLSC), a permis de constater une amélioration sur le plan scolaire.

TRAVAILLER ENSEMBLE, JOUER ENSEMBLE *Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?*
Implication d'un vs plusieurs secteurs ➔ Partenariat communautaire, scolaire, CLSC Milieux d'intervention simples vs multiples ➔ à domicile seulement Stratégies d'intervention simples vs multiples ➔ Quelques stratégies en individuel Intensité et durée faibles vs élevées ➔ Intervention de longue durée et intensité Action directe vs indirecte sur la compétence sociale ➔ Action directe Action sur l'externalisation et l'intériorisation ➔ Accent sur l'externalisation, intériorisation aussi Action universelle vs sélective ➔ Très sélective, enfants à risque volontaires Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants ➔ Petite capacité Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux ➔ Présence clé Stabilité et durabilité ➔ Action stable et durable

16. PETITE MAISON DE POINTE-CALUMET : PROGRAMME AIDE AUX DEVOIRS

La Petite Maison de Pointe-Calumet, organisme communautaire situé à Pointe-Calumet, offre plusieurs formes d'intervention et de soutien pour les familles de la municipalité, souvent en partenariat avec les autres ressources et organismes du milieu. Comme en témoignent la présence d'une table de concertation jeunesse locale et un comité famille au sein de l'administration municipale, la jeunesse, en particulier les enfants de 6 à 12 ans, constitue une priorité d'intervention dans la communauté.

Parmi les programmes, les activités et les services de la Petite Maison se retrouve le programme d'Aide aux devoirs, offert dans les locaux du centre communautaire tous les jours de 14h30 à 18h00. Ce programme vise à assurer la supervision et l'encadrement, après les heures de classe, aux enfants qui seraient exclus des services de garde habituels, soit pour des raisons financières ou en raison de leurs difficultés de comportement. Environ 20 enfants participent chaque semaine. Les frais de 1$ par jour comprennent une collation. Aucune famille n'est exclue même si elle ne peut défrayer les coûts. Les heures d'ouverture sont flexibles, sans frais additionnels, afin de réduire le stress des parents car plusieurs d'entre eux travaillent à Laval ou Montréal. Les parents prennent connaissance du programme par le bouche à oreille.

Deux intervenants planifient et supervisent le programme. Une période de devoirs utilisant l'entraide entre les différents groupes d'âge est suivie par des activités de jeux et de bricolage. La compétence sociale est souvent abordée lors de ces activités qui mettent un accent particulier sur le développement de la tolérance, le respect, la conscientisation sur les conséquences du rejet social et la résolution de conflits. Afin d'assurer une continuité avec les messages véhiculés à l'école, le programme d'aide aux devoirs a intégré les concepts et les activités du programme Vers le Pacifique, qui est implanté avec l'aide de la Petite Maison dans les deux écoles primaires de la région.

Les appréciations informelles des parents indiquent que les attitudes et la performance scolaire des enfants participants sont améliorées par le programme. En plus de présenter une forme de répit pour les parents souvent stressés et démunis, ce programme constitue une ressource précieuse pour les nombreux parents ayant des limites d'alphabétisation.

PETITE MAISON DE POINTE-CALUMET :
PROGRAMME AIDE AUX DEVOIRS

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs ➔ Communautaire avec liens au scolaire
Milieux d'intervention simples vs multiples ➔ Communautaire seulement
Stratégies d'intervention simples vs multiples ➔ Plusieurs stratégies en petit groupe
Intensité et durée faibles vs élevées ➔ Durée et intensité élevées
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale ➔ Action indirecte
Action sur l'externalisation et l'intériorisation ➔ Accent sur l'externalisation
Action universelle vs sélective ➔ Sélective : quelques enfants volontaires
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants ➔ Petite capacité
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux ➔ Absence
Stabilité et durabilité ➔ Action stable et durable mais sans financement récurrent

17. ESPACE LAURENTIDES

Espace Laurentides fait partie d'un regroupement d'organismes régionaux Espace à travers la province, qui partagent le but de prévenir les abus et la violence verbale, psychologique et physique commis envers des enfants. Se situant dans une philosophie féministe voulant redonner le pouvoir aux personnes, le mouvement Espace s'inspire du programme américain *Child Assault Prevention Project* (CAP).

Situé à Sainte-Adèle, l'organisme Espace Laurentides a un mandat régional. Il a été actif dans six écoles en 2001 et il a rejoint 1 650 élèves par son projet éducatif. Des intervenants, ayant reçu 65 heures de formation de la part de formateurs accrédités du regroupement, travaillent à ce programme. Les écoles désireuses de bénéficier du programme doivent défrayer une partie des coûts de l'intervention.

Le programme éducatif Espace comprend trois types d'ateliers. Les ateliers conférences pour les adultes (parents, personnel scolaire et de garderie) sont d'une durée de deux heures; ils visent à sensibiliser les adultes à la problématique et au contenu du programme offert aux enfants. Cet atelier précède ceux qui sont destinés aux enfants. Les ateliers pour les enfants d'âge préscolaire comprennent trois sessions de 20 minutes par jour sur trois jours. Les enfants de la 1^{e} à la 6^{e} année participent à une rencontre de 75 minutes par groupe-classe. Les ateliers empruntent des stratégies de mise en situation, mettant l'accent sur plusieurs thèmes touchant la prévention des problématiques intériorisées associées à la compétence sociale : la capacité de nommer ses sentiments, d'écouter, de s'affirmer et de s'exprimer. L'accent est mis sur la recherche de solutions quand l'enfant considère que ses droits ne sont pas respectés.

L'intervention est menée par trois intervenantes auprès de l'ensemble des classes de l'école, et ce dans une même semaine. Après leurs ateliers, les enfants peuvent avoir une rencontre individuelle avec l'intervenante de leur choix, afin de poser des questions ou de discuter du contenu. Dans les cas où les enfants dévoilent des situations de violence, les intervenantes pourraient devenir le lien entre l'enfant les ressources du milieu. Les ateliers pour les adultes sont accompagnés d'un guide pratique. Un deuxième guide, en complément aux ateliers offerts aux enfants, fournit une cinquantaine d'activités à réaliser en classe et au sein de l'école. Le programme éducatif doit se répéter aux trois ans et permet ainsi que tous élèves des écoles participantes soient rejoints deux fois pendant le cours primaire.

Des recherches évaluatives ont été réalisées sur le programme Espace, démontrant qu'il permet d'augmenter les connaissances et les habiletés préventives des jeunes élèves du premier cycle du primaire (Hébert, et al, 2001, *Child Abuse and Neglect*).

ESPACE LAURENTIDES

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs → Communautaire intervient en scolaire
Milieux d'intervention simples vs multiples → École en groupe-classe et individuel, auprès des parents et des intervenants
Stratégies d'intervention simples vs multiples → Plusieurs stratégies en petit groupe
Intensité et durée faibles vs élevées → Intervention de durée et intensité restreintes mais continuité à long-terme
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale → Action directe, contexte de prévention de l'abus
Action sur l'externalisation et l'intériorisation → Accent sur l'intériorisation
Action universelle vs sélective → Universelle, tous les enfants de l'école
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants → Grande capacité
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux → Absence
Stabilité et durabilité → Action stable et durable mais sans financement récurrent

18. JEUNES EN SANTÉ

Jeunes en santé est une initiative conjointe des ministère de l'Éducation et de la Santé et Services sociaux du Québec. Proche parent des programmes Acti-jeunes et Voltage, le programme vise la promotion de la santé et du bien-être ainsi que la prévention des problèmes psychosociaux tels le suicide, la violence et la toxicomanie. Ses principaux axes d'action sont la responsabilisation de l'élève au regard de son mieux-être personnel, l'action auprès de toute la communauté éducative et l'intégration des approches intersectorielles et de promotion de la santé. Les élèves sont amenés à prendre part au leadership de la vie de classe en devenant plus conscients de leurs comportements et de ceux des autres ainsi qu'en développant un plus grand respect des différences.

Nous avons étudié ce programme à la Commission scolaire de la Seigneurie des Mille-Îles : il est implanté depuis deux ans dans 30 des 57 écoles primaires et il rejoint environ 9 500 étudiants par année.

Les écoles ont accès au programme en en faisant la demande auprès de la Commission scolaire. Dans une situation idéale, la responsable du programme à la Commission scolaire rejoindrait l'ensemble du personnel de l'école participante (professeurs, direction, service de garde) par une formation sur le programme, ses buts, ses principes et ses activités. L'école peut toutefois décider d'offrir le programme seulement à un sous-ensemble des groupes-classes. À long terme, on vise à ce que l'école devienne autonome pour intégrer *Jeunes en santé* dans sa programmation. Présentement, les écoles doivent défrayer une partie des coûts de l'intervention (le poste du responsable étant financé par ces revenus), bien que la politique des coûts soit actuellement en révision.

L'intervention comme telle utilise des personnages « allégoriques » pour illustrer quatre types d'enfants : la souris, qui a besoin de courage pour prendre sa place; l'éléphant, qui est capable de prendre sa place mais qui a tendance à s'imposer au groupe; le mouton, qui se laisse facilement influencer par les éléphants; et les oiseaux, qui sont à l'aise à prendre leur place mais qui en laissent aussi aux autres. Dans des séries d'activités de groupe, les enfants sont invités à réfléchir sur leur rôle et sur la façon dont ils peuvent être plus sensibles aux autres. Les activités peuvent être animées par le responsable du programme dans un premier temps, dans le but d'une éventuelle prise en charge par l'enseignant.

Deux guides d'activités, comprenant chacun des dizaines de fiches d'activités, ont été développés au niveau provincial : *« Jeunes en santé – qualité de vie en classe »* et *« Jeunes en santé : groupe-classe, changement de comportement et créativité»*. De plus, un recueil de 26 activités divisées par cycles et niveaux a été élaboré pour la Commission scolaire Seigneurie des Mille-Îles. Les stratégies utilisées impliquent différentes formes et prétextes d'interaction sociale : les jeux et les jeux de rôle, les mises en situation et les casse-tête collectifs. Chaque fiche d'activité identifie aussi les éléments de discussion pour faire le lien avec les quatre animaux.

L'adoption du programme *Jeunes en santé* devrait, selon les guides provinciaux et les consultations, s'accompagner d'une nouvelle forme de leadership dans la classe ainsi que

de nouvelles façons d'intervenir auprès des élèves. L'implantation est grandement facilitée lorsque les professeurs s'intéressent à ce type de changement. Lors des séances d'évaluation tenues avec la direction et les professeurs des écoles participantes, on a fait part d'amélioration au niveau de l'estime de soi, du respect d'autrui et du sentiment d'appartenance au groupe et on a aussi remarqué une diminution des comportements négatifs et des tentatives d'influence sociale négative.

JEUNES EN SANTÉ *Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?*
Implication d'un vs plusieurs secteurs ➔ Scolaire Milieux d'intervention simples vs multiples ➔ École au complet ou en groupes-classes et intervention individuelle, et auprès des intervenants scolaires Stratégies d'intervention simples vs multiples ➔ Plusieurs stratégies en petit groupe Intensité et durée faibles vs élevées ➔ Intervention de durée et intensité restreintes Action directe vs indirecte sur la compétence sociale ➔ Action directe Action sur l'externalisation et l'intériorisation ➔ Accent sur l'intériorisation, externalisation aussi Action universelle vs sélective ➔ Universelle, tous les enfants de l'école ou des groupes-classes Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants ➔ Très grande capacité Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux ➔ Absence Stabilité et durabilité ➔ Action stable et durable, financée par les écoles participantes

19. VERS LE PACIFIQUE

Ce programme de promotion de conduites pacifiques est mis à la disposition des intervenants des réseaux scolaires et de ceux de la santé par l'organisme Centre international de résolution de conflits et de médiation (CIRCM), basé à Montréal. Le programme a été développé pour des enfants de la maternelle et du premier cycle du primaire, puis il a été élargi pour inclure les élèves de tous les niveaux du primaire. Il est maintenant implanté dans 400 écoles québécoises, dont 21 dans la région des Laurentides.

Le programme *Vers le pacifique* présente deux volets principaux. Le premier vise le développement des capacités de résolution de conflits et comporte les objectifs spécifiques suivants : aider les jeunes à améliorer leurs relations avec autrui et à augmenter leur compréhension d'eux-mêmes et des autres; encourager les jeunes à acquérir des habiletés d'écoute, de jugement critique, d'expression verbale et de maîtrise de soi; favoriser chez les jeunes une vision différente des situations conflictuelles, et développer chez eux une meilleure compréhension ainsi qu'une meilleure gestion de leurs conflits. Ce volet du programme se réalise dans les groupes-classes et il est animé par les intervenants formés par le CIRCM. Ces intervenants sont le plus souvent des enseignants, mais ils peuvent également comprendre des intervenants communautaires. Au niveau préscolaire, le programme consiste en 9 thèmes traités en 9 ateliers de 45 à 60 minutes chacun et répartis pendant l'année scolaire. Pour les trois premières années du

primaire, ce volet comprend trois thèmes traités en trois ateliers de 50 minutes chacun et pour les 4e, 5e et 6e années, huit thèmes sont élaborés en huit ateliers de 50 minutes.

Le deuxième volet forme des pairs médiateurs, afin de promouvoir la médiation comme mode de résolution de conflits. Pour identifier les médiateurs, deux ateliers sont d'abord offerts pour introduire les concepts de médiation; par la suite les enfants utilisent une procédure de nomination sociométrique pour identifier les médiateurs potentiels. Suite à leur nomination, les cinq enfants retenus passent des entrevues de sélection. Le choix final des médiateurs est fait par les adultes impliqués, de manière à assurer leur crédibilité et la représentativité de la population de l'école.

Les médiateurs reçoivent 10 heures de formation pour se préparer à leur rôle. On leur attribue des plages horaires spécifiques où ils assument le rôle de médiateur auprès de leurs pairs. Un suivi régulier est fait auprès des médiateurs pour offrir du soutien et des occasions d'échange et de développement de solutions avec les autres médiateurs.

Le soutien offert par le CIRCM peut prendre plusieurs formes : vente de guides d'animation (des guides d'animation sont disponibles pour les deux volets du programme); formation du personnel au sein des groupes formés par le CIRCM ou au sein de l'école : contrats d'association impliquant des rencontres de coordination et un suivi de l'implantation. Il y a des frais associés à chaque type de soutien.

Le CIRCM, en collaboration avec une équipe de chercheurs de l'Université de Montréal, a récemment obtenu une subvention importante du Centre national de prévention du crime (Justice Canada) pour l'évaluation du programme au primaire. Cette évaluation impliquera trois commissions scolaires dans trois régions de la province, dont la Commission scolaire de la Rivière-du-Nord. Quatre écoles du territoire (Dansereau-Martin à Grenville, Saint-Alexandre à Lachute, Saint-Jean Baptiste et Saint-Joseph à Saint-Jérôme) participent à titre d'écoles expérimentales; quatre autres écoles participent à titre d'écoles témoins et recevront l'intervention après la période d'expérimentation. Aucun frais ne s'applilque pour l'intervention dans ces cas précis mais les écoles doivent accepter de compléter les instruments d'évaluation.

VERS LE PACIFIQUE

Comment cette action illustre-t-elle les forces et lacunes de l'action régionale?

Implication d'un vs plusieurs secteurs ➔ Communautaire (OSBL) intervient en scolaire
Milieux d'intervention simples vs multiples ➔ École en groupes classes et en cours d'école, auprès parents et intervenants
Stratégies d'intervention simples vs multiples ➔ Plusieurs stratégies en groupes-classes; médiation
Intensité et durée faibles vs élevées ➔ Intervention de quelques semaines, intensité moyenne
Action directe vs indirecte sur la compétence sociale ➔ Action directe
Action sur l'externalisation et l'intériorisation ➔ Accent sur l'externalisation
Action universelle vs sélective ➔ Universelle, tous les enfants de l'école ou des groupes-classes
Capacité de rejoindre un petit nombre vs un grand nombre d'enfants ➔ Grande capacité
Présence vs absence du secteur de la santé et des services sociaux ➔ Absence
Stabilité et durabilité ➔ Action financée par les écoles participantes ou par subvention

2.3.2 SYNTHÈSE DES ÉTUDES DE CAS SELON LES DIMENSIONS RETENUES

TABLEAU 7

SYNTHÈSE DES ÉTUDES DE CAS SELON LES DIMENSIONS RETENUES

DIMENSION	SYNTHÈSE DES ÉTUDES DE CAS
IMPLICATION DES SECTEURS	Il est évident que le secteur de l'éducation est actuellement l'acteur clé en ce qui concerne les interventions touchant les habiletés sociales, les actions étudiées étant menées très souvent par le milieu scolaire ou par le secteur communautaire à l'intérieur des écoles (10 cas sur 19). La concertation intersectorielle est présente mais pas nécessairement en grande force : un certain nombre d'actions émanent de partenariats entre différents secteurs, y compris le scolaire, ou d'un secteur ayant des liens avec d'autres. Certaines actions se réalisent sans partage de rôles; elles sont menées par un seul secteur (municipal ou communautaire)
MILIEUX D'INTERVENTION	L'école est au cœur de l'action régionale. Les enfants sont rejoints principalement dans le milieu scolaire (8 cas), souvent par les interventions impliquant des activités en classe et touchant l'environnement scolaire à l'extérieur des classes (6 cas sur 8). Bien que l'école constitue le milieu d'intervention le plus fréquemment ciblé, les cas témoignent qu'il est aussi possible de cibler d'autres milieux. Parmi les cas étudiés, nous avons observé des actions qui interviennent dans le milieu communautaire, en lien avec l'école ou les services municipaux, dans le milieu municipal et à domicile. Dans deux cas, l'action se déroule

DIMENSION	SYNTHÈSE DES ÉTUDES DE CAS
	en milieu communautaire seulement, par choix idéologique, signalant des tensions possibles entre les secteurs quant à leur rôle respectif.
STRATÉGIES D'INTERVENTION	Adaptant leurs efforts aux intérêts et aux capacités des jeunes, la plupart des cas étudiés utilisent de multiples stratégies d'intervention auprès de petits groupes d'enfants ou d'adultes (10 cas), de groupes-classes (4 cas), dans les familles ou lors d'interventions individuelles. Les cas qui concentrent leurs interventions dans un nombre plus restreint de stratégies mettent l'accent sur la modélisation par les pairs ou le jeu de rôle, stratégies encore bien adaptées à ce groupe d'âge et à l'intervention en groupe.
INTENSITÉ ET DURÉE D'INTERVENTION	Selon la littérature de recherche, les interventions plus intenses (occupant l'attention des enfants pendant une grande proportion de leur journée) et de plus longue durée ont des effets plus importants. Plusieurs des cas étudiés interviennent auprès des enfants durant de longues périodes, au moins une année scolaire (6 cas). D'autres offrent des interventions s'étalant sur plusieurs semaines (7 cas) ou moins (2 cas). Dans deux situations, l'intervention prend souvent forme d'ateliers ou d'activités hebdomadaires qui se réalisent à l'intérieur d'une période-classe, et ces situations peuvent donc être qualifiées comme offrant des interventions d'intensité moyenne ou faible. Par ailleurs, quelques actions (4 cas) se déroulent durant plusieurs heures ou durant une grande partie de journées consécutives; les interventions s'avèrent donc plus intenses auprès des enfants touchés.
ACTION DIRECTE OU INDIRECTE	La plupart des cas étudiés agissent directement auprès des enfants pour développer les habiletés sociales (16 cas), qu'ils comportent ou non des modalités d'action indirectes. Dans trois cas, l'action est plutôt indirecte : les interventions sont axées principalement sur d'autres dimensions du développement et atteignent les habiletés sociales des enfants par ricochet. Ceci nous indique qu'il est possible d'intervenir sur les habiletés sociales selon de multiples niveaux, même dans le cadre d'activités visant principalement d'autres objectifs (ex. récréatifs).
EXTERNALISATION OU INTERNALISATION	Tout comme dans l'ensemble des actions répertoriées au volet 1, les cas analysés présentent une grande concentration des efforts relativement aux problèmes dérangeant socialement, les comportements d'externalisation (9 cas). Cependant, plusieurs actions étudiées (8 cas) visent à la fois les problèmes reliés à l'externalisation et l'internalisation, indiquant qu'on accorde une certaine importance à cette dernière dimension dans la région. Par contre, il est plus rare de trouver des activités qui mettent l'accent sur l'internalisation.
ACCESSIBILITÉ	Lors des études de cas, nous avons abordé la question de l'accessibilité aux populations d'enfants visées, dans la perspective de comprendre comment les enfants de la région accèdent aux ressources qui travaillent à la promotion ou au développement des habiletés sociales. Parmi les cas étudiés, le nombre d'actions sélectives (9 cas), ciblant des enfants à risque, volontaires ou référés, est similaire au nombre d'actions universelles (7 cas) destinées à des groupes intacts, tels les groupes classes ou l'école. Quelques cas additionnels ont adopté la formule qui semble privilégiée dans

DIMENSION	SYNTHÈSE DES ÉTUDES DE CAS
	la littérature : une intervention universelle incluant un volet sélectif auprès d'enfants à risque.
NOMBRE D'ENFANTS REJOINTS	La capacité des actions à rejoindre des enfants varie selon l'action étudiée, soulignant ainsi la diversité des approches et des ressources des promoteurs. En général, les actions sélectives auprès des enfants à risque, volontaires ou référés, rejoignent un nombre restreint d'enfants chaque année. La capacité d'atteindre les enfants semble plus importante dans le milieu scolaire, à la fois pour des actions universelles et sélectives. Les actions qui impliquent un volet communautaire ou municipal peuvent rejoindre également des nombres importants d'enfants. Par ailleurs, les ressources à la disposition des organismes impliqués dans les interventions déterminent leur capacité d'action et donc le nombre d'enfants pouvant être rejoints. Huit des actions étudiées présentent des capacités assez importantes et des dizaines d'enfants en bénéficient chaque année.
PRÉSENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	Dans la plupart des cas étudiés (14 sur 19), le réseau de la santé et des services sociaux est absent ou très peu présent. Dans les 4 cas où il occupe une présence importante ou un rôle clé, l'action est opérationnalisée en partenariat avec les autres secteurs. Dans d'autres cas il joue un rôle de soutien, par exemple en référant des enfants aux services.
STABILITÉ ET DURABILITÉ	Seulement un des 19 cas étudiés bénéficie actuellement d'un financement récurrent ou d'un budget permanent; plusieurs autres sont dans une situation précaire. Malgré tout, 12 des 19 cas analysés ont pu assurer la durabilité de l'intervention pendant quelques années et ce, même sans financement récurrent; ceci indique qu'il y a une demande suffisante pour leurs actions et que les ressources sont disponibles, bien que non consolidées, pour les soutenir.

2.3.2 COMMENT LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POURRAIT-IL RENFORCER ET COMPLÉTER L'ACTION RÉGIONALE?

Un des objectifs principaux de notre recherche était d'analyser l'action du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides à propos de la problématique relative à la compétence sociale des enfants de 5 à 12 ans, afin de pouvoir comprendre comment ce réseau pourrait mieux répondre aux besoins des enfants et de quelle façon il pourrait renforcer et compléter les actions déjà en place. Cette analyse devrait tenir compte non seulement des rôles spécifiques joués par les autres secteurs, mais aussi des conditions de réussite de l'implantation et du maintien des actions. L'analyse matricielle des données sur les rôles des différents secteurs et les rôles actuels et potentiels du réseau de la santé et des services sociaux a permis de dégager des **modèles de partage des rôles**, des **rôles types** que pourraient jouer le réseau ainsi que certains **enjeux** connexes.

MODÈLES DE PARTAGE DE RÔLES

L'examen des rôles joués par les différents secteurs dans les actions étudiées suggère qu'il existe, même parmi ce petit nombre d'actions, plusieurs modèles de partage des rôles. Puisque c'est par le biais des secteurs scolaire et municipal que le plus grand nombre d'enfants sont rejoints de manière universelle, une attention particulière devrait être accordée aux modèles qui touchent ces deux secteurs.

Les services externes (ou services achetés) Dans ce modèle, un organisme est invité à offrir des interventions auprès des enfants, le plus souvent en mode d'atelier en groupe-classe. L'intervention auprès des enfants peut être accompagnée par des activités de formation ou de sensibilisation pour le personnel scolaire et/ou les parents. Il y a souvent des frais associés, bien qu'ils ne défraient qu'une portion des coûts réels de l'intervention. Ce modèle s'applique le plus souvent aux organismes communautaires qui offrent des programmes d'ateliers, par exemples *Espace Laurentides, PRISME* et *Vers le pacifique*. Il s'applique également au secteur scolaire dans le cas de *Jeunes en santé*. Dans les cas où les commissions scolaires établissent un contrat de service avec l'organisme, les écoles ne peuvent pas « magasiner» leur choix; dans d'autres cas, plusieurs programmes sur des thèmes connexes seraient accessibles.

Le bénéfice mutuel négocié Dans ce modèle, les secteurs négocient des ententes entre eux pour établir des liens d'intervention qui apportent des bénéfices à chacun. Chaque secteur assume ses propres coûts. Ce modèle pourrait décrire l'action *Travailler ensemble, jouer ensemble* : les élèves du secondaire qui y participent en tirent une expérience valable et gagnent un salaire; et les familles participantes observent, chez leurs enfants, des progrès aux plans académiques et de compétence sociale, et constatent l'amélioration des relations familiales. Ce modèle pourrait également décrire le *SWAT Team* : l'action préventive auprès des moniteurs des camps de jour permet à la municipalité d'éviter des situations difficiles et permet aux moniteurs de vivre une expérience plus positive. Notons que ce modèle du bénéfice mutuel négocié s'applique à des échanges de services très précis et qu'il semble vulnérable aux changements de contexte ou de paramètres de participation : autrement dit, si un des éléments ou paramètres changeait, il ne serait pas nécessairement possible pour les autres partenaires de reprendre ce modèle.

La concertation Dans le modèle de concertation plusieurs partenaires travaillent ensemble pour structurer et implanter une intervention auprès les jeunes. Chaque secteur joue un rôle précis. L'intervention est habituellement axée sur les milieux de vie, elle est de nature globale et se réalise à l'extérieur des groupes-classes. Ce type de modèle est le plus souvent associé à des projets subventionnés; la pérennité des actions dépend alors à la fois de la capacité des partenaires d'assumer les coûts du projet après la période de subvention et du maintien de la structure de concertation, souvent lourde et vulnérable aux impératifs sectoriels, telles les pressions syndicales. Les projets *École en santé Notre-Dame* et *Ovide-Charlebois* constituent deux exemples de ce type de fonctionnement.

Force est de constater que, dans les actions que nous avons étudiées, le secteur de la santé et des services sociaux est impliqué dans le modèle de bénéfice mutuel négocié et surtout dans le modèle de concertation. Le secteur scolaire semble avoir une préférence ou une facilité d'accueil pour le modèle de services externes, bien qu'il participe au modèle de bénéfice mutuel négocié à l'initiative des autres secteurs (communautaire et santé et services sociaux). Les organismes communautaires, quant à eux, s'impliquent fréquemment dans des projets structurés selon le modèle de concertation ou le modèle de services externes et ce, possiblement en raison de leur précarité financière.

RÔLES TYPES QUE POURRAIT JOUER LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Selon notre examen des données, les rôles que pourrait jouer le secteur de la santé et des services sociaux pour renforcer et compléter l'action régionale dans l'acquisition, le développement, le maintien et la mise en application de la compétence sociale des enfants de 5 à 12 ans sont de trois types, variant selon la nature des organismes du réseau impliqués.

Un premier rôle type, pour les organismes du réseau détenant une expertise et un mandat clinique, **serait le soutien à l'intervention thérapeutique sélective** réalisée par d'autres secteurs. Ce rôle pourrait s'exercer de deux manières : par la référence de clients ayant fait des demandes de services auprès de ressources des autres secteurs pouvant répondre à leurs besoins (ce qui se fait actuellement, généralement de manière très satisfaisante); et par la prise en charge ou l'intervention conjointe auprès des jeunes en plus grande difficulté. C'est essentiellement le rôle joué par les psycho-éducatrices du programme *SWAT* en intervention individuelle. C'est également un rôle que pourraient jouer les CLSC en lien avec le centre jeunesse et un centre de réadaptation afin de soutenir l'action préventive des programmes en milieu scolaire comme *l'École Verte Sainte-Marie* à titre d'exemple.

Un deuxième type de rôle, cette fois plus près de la prévention, **pourrait être le soutien sous forme d'expertise de contenu** pour le développement de programmes, de matériel ou de soutien, ainsi que la diffusion systématique de programmes et d'outils jugés pertinents et efficaces. Dans les actions étudiées lors de cette recherche, ce rôle est assez souvent joué par les CLSC : par exemples, dans l'animation de l'intervention du projet *École en santé Ovide-Charlebois* ou dans la préparation du matériel de formation des moniteurs du projet *SWAT*. Ce rôle pourrait être élargi considérablement pour soutenir les intervenants qui rejoignent les enfants du primaire dans des contextes où la compétence sociale n'est touchée qu'indirectement ou encore dans des contextes qui favorisent le développement des habiletés sociales générales et la vie de groupe comme les loisirs municipaux, les activités se déroulant lors des recréations, les camps de jour et les services de garde scolaires.

Le réseau de la santé et des services sociaux pourrait également contribuer à l'expertise de contenu par l'élaboration, la promotion et/ou le soutien d'actions visant des aspects de la compétence sociale qui sont présentement sous-développés. Des besoins importants

semblent exister, par exemple dans le cas d'actions visant la prévention de problèmes psychosociaux intériorisés. D'une part, les interventions étudiées visant les problèmes d'externalisation sont destinées aux garçons ou les rejoignent davantage. Les actions tenant compte de la spécificité des processus d'acquisition et de développement de la compétence sociale selon le sexe des enfants, et notamment des actions visant rejoindre les filles, sont à développer. D'autre part, les taux élevés de détresse et de suicide dans la région des Laurentides appellent à l'intensification des efforts au niveau des problèmes intériorisés.

Le rôle que pourrait jouer le réseau pour soutenir les parents des enfants de 5 à 12 ans dans l'acquisition, le développement et le maintien de la compétence sociale de leurs enfants mérite également une réflexion. Au cours de cette étude, nous avons pu observer que rejoindre les parents constitue un défi de taille et ce, autant pour le secteur scolaire que le secteur communautaire. Par contre, certaines actions, par exemple *PRISME/Tangage*, ont acquis des capacités importantes dans ce domaine et peuvent ainsi servir de modèle pour l'ensemble de secteurs, y compris le réseau de la santé et des services sociaux.

Notre recherche nous a permis d'observer le fait que des programmes poursuivant des buts semblables coexistent dans la région, notamment en ce que concerne le développement des habiletés de résolution de conflits. Dans le but de raffiner et d'optimiser l'intervention, les ressources de recherche et d'évaluation du réseau de la santé et des services sociaux pourraient aussi contribuer à un éclairage systématique des avantages et défis de chaque programme, selon le type de milieu d'intervention, par exemple dans les milieux où la médiation par les pairs serait contre-indiquée (voir l'exemple *Intervention de quartier, Secteur Notre-Dame)*. Dans la perspective de stimuler l'innovation, et tout en reconnaissant que l'action régionale tend déjà vers les caractéristiques des interventions efficaces, le réseau pourrait aussi contribuer à l'énoncé de principes et d'orientations pour l'intervention efficace en matière de compétence sociale des jeunes afin de soutenir les organismes de la région. Enfin, plusieurs projets de recherche évaluative d'envergure sont en voie de réalisation dans la région : il serait pertinent que les ressources de recherche de la région demeurent en lien avec ces projets afin de pouvoir contribuer à l'application des résultats.

Un troisième type de rôle consisterait à soutenir le système scolaire dans la diffusion et l'implantation des actions qui sont déjà en voie de généralisation, notamment *Vers le pacifique* et *Jeunes en santé*. Les formes de soutien possibles resteraient à explorer mais, tout en respectant le mode d'intervention de services externes et d'ateliers en groupes-classes, elles pourraient cibler des moyens d'accroître la couverture régionale (nombre d'écoles rejointes), d'intensifier l'intervention à l'intérieur des écoles et dans les milieux de vie environnants ainsi que d'évaluer l'implantation de l'intervention et les impacts. On pourrait aussi imaginer une action concertée destinée aux écoles primaires, possiblement en lien direct avec les Conseils d'établissement ou les Comités de parents (ou, dans la vison de *PRISME*, à l'intention des écoles secondaires et des écoles primaires qui les alimentent), au moyen de l'action en groupes-classes renforcée par l'action communautaire et municipale, avec l'aide du réseau de la santé et des services sociaux.

En fait, le modèle *Écoles en santé*, déjà implanté dans plusieurs milieux de la région des Laurentides, représente bien ce troisième type de rôle. Tout comme dans le cas de *l'École en santé Notre-Dame*, il permet aux secteurs respectifs de contribuer selon leurs forces à un projet collectif tout en respectant leurs spécificités et leurs contraintes d'action. Par exemple, le développement de ce modèle permettrait au réseau de la santé, en concertation avec des partenaires communautaires, de soutenir l'élargissement d'un programme scolaire du type *Vers le pacifique* vers l'action auprès des parents et des services de loisirs. Notons que ce modèle serait tout à fait cohérent avec le modèle écologique (McLeroy et al., 1988; MacDonald et al., 1992) sous-jacent au rôle du réseau en promotion de la santé, cette fois appliqué à la problématique très précise de la promotion de l'adaptation sociale.

Enfin, notons que ni la problématique de la compétence sociale ni les enfants de 5 à 12 ans ne se retrouvent parmi les priorités actuelles des bailleurs de fonds publics. Les actions destinées à améliorer la compétence sociale sont souvent réalisées en marge des activités existantes, avec un financement précaire. Parce qu'il contribue en quelque sorte à cette précarité par l'octroi de fonds non récurrents, il serait très pertinent que le réseau de la santé et des services sociaux se penche sur les moyens d'assurer la transférabilité et la durabilité des projets qui débutent grâce à des subventions non récurrentes et ce, tout en considérant les rôles et mandats des promoteurs, par exemple en respectant l'autonomie des organismes communautaires.

ENJEUX

L'examen des rôles des secteurs impliqués nous a également permis d'identifier quelques enjeux auxquels le réseau de la santé et des services sociaux sera confronté en se définissant un rôle de renfort auprès des autres secteurs.

Couverture régionale

Notre recherche nous a permis d'observer que l'accès des jeunes aux actions visant l'acquisition, le développement et le maintien de la compétence sociale n'est pas universel à travers la région. Si le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides veut contribuer à desservir sa population de façon plus équitable, il devra composer avec la structure du système scolaire, les multiples commissions scolaires et la décentralisation importante de la gestion des écoles. Pour implanter une vision régionale, des objectifs d'équitabilité clairs, accompagnés de stratégies systématiques de diffusion, seront requis. Ces stratégies devraient aussi pouvoir tenir compte de la situation actuelle : dynamique mais quelque peu anarchique.

Dédoublement et chevauchement

Bien que l'accès aux programmes soit limité, il existe un certain niveau de dédoublement et de chevauchement parmi les actions visant la compétence sociale des enfants à 5 à 12 ans (notons que la même situation semble exister au niveau des écoles secondaires). Plusieurs actions et leur matériel d'accompagnement contiennent essentiellement le même contenu et proposent des adaptations locales. L'enjeu pour le réseau de la santé et

des services sociaux serait d'agir de manière à continuer de stimuler l'innovation et l'adaptation locale des programmes disponibles tout en facilitant aux intervenants l'accès à des programmes déjà existants qu'ils ne seront pas obligés de ré-inventer. La question du contrôle central de la nature de l'intervention se pose également : à quel point est-il approprié que le réseau s'impose avec des recommandations ou des lignes directrices? Notons que certains organismes communautaires mènent des programmes tout à fait standardisés au niveau provincial mais la question de savoir si le réseau public devrait émuler ce modèle reste à poser. L'enjeu est encore plus délicat lorsqu'on considère le fait que, parmi les organismes offrant des interventions semblables, plusieurs le font sur une base de services rémunérés et que leur survie financière en dépend en partie.

Il semble également exister des chevauchements entre les rôles que jouent les différents secteurs. On pense, par exemple, à l'intervention thérapeutique de type *« services courants-CLSC »* dispensée par un organisme communautaire ou encore à la similitude des rôles joués par les intervenants des CLSC et les techniciens en éducation au sein des écoles. Cette situation n'est pas nécessairement mauvaise en soi, étant donné qu'elle reflète possiblement des impératifs d'organisation de services locaux cependant elle témoigne du fait que les rôles des différents secteurs ne sont pas tout à fait clairs, nets et précis. Si le réseau de la santé et des services sociaux veut renforcer et devenir un complément aux actions des autres secteurs, il devra composer avec ces différentes visions de rôles.

Diffusabilité des interventions

Cette étude a identifié des actions d'une très grande diversité dans la conception de leur implantation et de leur prise en charge. Certaines actions peuvent être implantées par un intervenant qui obtient le guide d'animation sans aucune formation; d'autres exigent une implantation de façon très précise par des intervenants formés et accrédités. Nous ne pouvons juger des avantages et des limites de ces approches; soulignons cependant que ces différences constituent une source de désaccord parmi les organismes de la région. Le réseau de la santé et des services sociaux, s'il s'aventure sur ce terrain, doit être sensibilisé aux différents points de vue concernant les approches à la diffusion des actions.

L'autonomie des groupes communautaires et la présence de conflits d'idéologie

Enfin, il existe comme toile de fond, dans ce domaine d'intervention comme dans d'autres, la question des rôles et relations entre les réseaux publics et le secteur communautaire. Bien que la politique sur le secteur communautaire ait voulu clarifier ces rôles et statuts, des tensions persistent notamment en ce qui concerne le financement et l'autonomie du secteur communautaire. De plus, dans les domaines connexes à la compétence sociale des enfants, notamment en toxicomanie, il semble exister des conflits de vision ou d'idéologie entre les réseaux publics et le secteur communautaire. Ces tensions représenteront un enjeu de taille à considérer lors de la définition du rôle que voudra se donner le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides.

VOLET 3
COLLOQUE RÉGIONAL

Sous le thème de *Et si on mettait nos forces ensemble ! Pour développer les habiletés sociales de nos jeunes de 5 à 12 ans*, le Comité des promoteurs a accueilli les intervenants de la région lors d'un colloque régional, tenu le 11 octobre 2002, au sujet de la présente recherche. Ce chapitre décrit le colloque, les discussions et les débats qui y ont eu lieu.

3.1 OBJECTIFS

À partir des résultats de la recherche, le colloque visait les objectifs suivants :

- **développer une compréhension commune** de l'importance de la compétence sociale dès l'enfance dans la perspective d'un sain développement des individus et des communautés;
- **offrir une occasion de partage, de valorisation et de réseautage** aux intervenants de la région;
- **stimuler une mobilisation régionale** pour favoriser la mise en place d'actions faisables, efficaces et durables visant l'acquisition, le développement et le maintien des habiletés sociales chez les enfants de 5 à 12 ans.

3.2 ASPECTS ORGANISATIONNELS

3.2.1 COMITÉ ORGANISATEUR

L'organisation du colloque a été confiée à un Comité organisateur, composé de représentants des différents secteurs impliqués dans l'acquisition, le développement et le maintien des habiletés sociales chez les enfants de 5 à 12 ans : les CLSC du territoire, le Regroupement des organismes communautaires des Laurentides (ROCL), la Direction de Santé publique et le service des Communications de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides et le Centre jeunesse des Laurentides; il a été cependant impossible de recruter un représentant du secteur scolaire.

Le Comité organisateur a développé le thème et le programme du colloque, en lien avec les objectifs mis de l'avant par le Comité des promoteurs. Il a également identifié son auditoire-cible, soit les intervenants de la région oeuvrant auprès des enfants de 5 à 12 ans dans les milieux de l'éducation, le secteur communautaire, le réseau de la santé et des services sociaux et le secteur municipal. Enfin, le Comité organisateur a bénéficié de soutien technique assuré par du personnel de la Direction de santé publique des Laurentides afin de réaliser ce colloque.

3.2.2 PARTICIPANTS

Des invitations spéciales ont été adressées aux représentants des actions ayant fait l'objet d'une étude de cas lors de la recherche, afin qu'elles présentent, sous forme de kiosque, leur projet respectif dans la perspective des objectifs du colloque, c'est-à-dire de favoriser le partage et les échanges entre les intervenants.

Cent dix-neuf personnes ont participé au colloque. Comme l'illustre le **Tableau 8**, elles provenaient des secteurs suivants :

TABLEAU 8

PROVENANCE DES PARTICIPANTS AU COLLOQUE

SECTEUR	NOMBRE DE PARTICIPANTS
Santé et services sociaux	66
Communautaire	35
Scolaire	13
Municipal / loisirs	5
TOTAL	**119**

3.2.3 ACTIONS ÉTUDIÉES ET PARTICIPANTES

Douze des 19 « actions » ayant fait l'objet d'une étude de cas ont présenté leur projet respectif sous forme de kiosque :

- «*Arti-Zanerie*», Unité Toxico-Domremy, Ste Thérèse
- École en santé - Intervention de quartier, Secteur Notre-Dame, St-Jérôme
- Anger Management Program, Morin Heights Elementary School
- «*Découvre ton cœur*», Maison de la famille, Sainte-Anne-des-Plaines
- Programmes «*Tôt ou Tard*», «*Alors la loi* » et «*Pile pas sur mon soleil* », Mesures alternatives du Nord
- Maison Pause Parent de St-Jérôme, Intervention à domicile et Programme «*L'encrier*»
- École en santé Chante au vent et Ovide-Charlebois, Ste-Marguerite
- «*PRISME*» - Tangage Laurentides et St-Eustache
- École verte Sainte-Marie/Cri du coeur, Val-David
- Espace Laurentides, programme régional
- «*Jeunes en santé*», Commission scolaire Seigneurie des Milles-Îles
- «*Vers le Pacifique*», Commission scolaire Rivière-du-Nord

Trois projets n'ont pas répondu à l'invitation et deux n'étaient pas disponibles. Deux autres projets ont refusé de participer : dans une lettre adressée au Comité des promoteurs, les responsables de ces projets ont invoqué le fait que le financement nécessaire ne leur avait pas été accordé par la Régie régionale des Laurentides lors des allocations aux organismes communautaires.

Chacun des kiosques présentait son « action », des documents d'information, des outils et des illustrations et l'animation était assurée par un ou des membres de leur équipe respective.

De plus, les représentants des « actions » étudiées ont tous participé à un bref vidéoclip afin de présenter et d'intéresser les participants au colloque à leur projet spécifique : ce vidéoclip a été réalisé par des membres du Comité organisateur avant le début du colloque. Enfin, les représentants des « actions » étudiées ont été invités à participer à une discussion en panel lors de séance plénière de l'après-midi.

3.2.4 DÉROULEMENT

Les auteures de la recherche ont présenté les résultats des deux premiers volets de leur recherche. Puis, un vidéoclip a été projeté à l'ensemble des participants : les représentants des actions en kiosque ont pu ainsi présenter leur projet respectif. Enfin, les participants ont été conviés à visiter les kiosques des « actions » présentes et à échanger avec les représentants des différents secteurs. Notons qu'un répertoire complet des 119 actions, sous format papier, a été remis aux participants dès leur arrivée avec la pochette du colloque.

Suite au dîner, l'après-midi a débuté par une discussion en panel à propos des rôles des différents secteurs dans l'acquisition, le développement et le maintien des habiletés sociales chez les enfants de 5 à 12 ans. Lors de ce panel, chacun des invités était porteur de la perspective de son secteur. Le panel était composé des personnes suivantes :

- Madame Suzye Bernier, Directrice, Regroupement de organismes communautaires des Laurentides (ROCL), perspective du secteur communautaire;
- Monsieur Alain Roy, Directeur des loisirs et du développement communautaire, Ville de Rosemère : perspective du secteur municipal;
- Monsieur Michel Couture, Président, Fédération québécoise des directeurs d'école, perspective du secteur scolaire;
- Madame Jacqueline Gagnon, Directrice, CLSC-CHSLD des Pays d'en Haut, perspective du réseau de la santé et des services sociaux;
- Madame Jocelyne Bergeron, École des parents et CLSC Thérèse de Blainville, perspective des parents.

Par la suite, une période de discussion entre les panélistes, les représentants des « actions » étudiées et les participants au colloque s'est tenue.

3.3 RÉSULTATS

3.3.1 PANÉLISTES INVITÉS : LEURS PROPOS

Le débat a débuté avec un mot d'introduction de chacun des panélistes, chacun d'eux faisant part à l'auditoire de ses réflexions par rapport à la perspective dont il était porteur. Leurs propos sont résumés ci-dessous. Ensuite, l'animateur a offert une opportunité de réaction aux représentants des « actions » étudiées; ont suivi, des questions et des échanges entre les panélistes, les représentants des « actions » et les participants.

RÔLE ET CONTRIBUTION DU SECTEUR COMMUNAUTAIRE DANS LA SOCIÉTÉ ET DANS LA CONCERTATION

Madame Susye Bernier a fait remarquer que les multiples facettes des habiletés sociales soulèvent la nécessité d'adopter une approche qui reconnaît la diversité des visions et des conceptions. Dans ce contexte, la concertation peut prendre plusieurs sens et se définir de plusieurs manières, avec des implications différentes selon qu'on est parent, intervenant, gestionnaire, etc. Il est alors important que les acteurs puissent s'enrichir mutuellement de leurs expériences et de leurs perspectives diverses. Une contribution de tous nécessite une acceptation de toutes ces conceptions; elle exige une ouverture aux autres perspectives et un respect des différences. Les contributions des différents secteurs à la concertation doivent tenir compte des rôles particuliers de chacun dans la société. Il s'agit donc de créer l'espace nécessaire aux contributions de tous ainsi qu'un espace commun pour la concertation.

Dans ce contexte, la contribution des organismes communautaires à la promotion et la prévention des problèmes d'adaptation sociale s'avère importante. Elle se dessine dans l'action sur le tissu social, agissant afin que les communautés reprennent du pouvoir sur leur vie et vivent des rapports plus égalitaires. Les organismes communautaires sont des lieux où le service n'est pas une fin en soi; ils évoluent dans une philosophie de changement social. Le sens de leur contribution aux habiletés sociales des enfants, comme dans tout autre domaine, se définit à partir de cette vision de changement à l'intérieur d'un mouvement social. Il est donc essentiel que le secteur communautaire demeure un lieu d'innovation et d'incubation de pratiques sociales nouvelles, qu'il ne devienne pas un simple exécutant des réseaux publics. Pour ce faire, il doit pouvoir sortir de la précarité financière; maintenir son autonomie et recevoir une part légitime des ressources pour sa contribution à la société.

LIENS ENTRE LOISIRS ET HABILETÉS SOCIALES

Monsieur Alain Roy note que, dans la politique de reconnaissance des organismes communautaires de la Ville de Rosemère, le loisir est défini comme un acte librement

posé par un « pratiquant » : c'est le fait d'agir qui est central et non pas le type d'activité pratiquée. Selon lui, le loisir joue un rôle social majeur, servant à véhiculer les valeurs. Son impact social positif est méconnu : on en a généralement une vision stéréotypée en croyant qu'il manque de sérieux. Au contraire, le loisir est un outil de développement des habiletés individuelles, jouant ainsi un rôle de prévention. Il constitue aussi un outil de socialisation et d'intégration à la communauté.

Selon monsieur Roy, bien que son importance se compare à celle du secteur scolaire ou à celle du réseau de la santé et des services sociaux, le secteur du loisir municipal est en partie tributaire du secteur scolaire. Les relations entre les deux secteurs sont parfois difficiles. Elles se sont principalement développées dans une perspective d'affaires de type locateur-locataire; ce genre de relation n'incarne pas l'esprit de partenariat et de concertation qu'on pourrait vouloir évoquer.

Ces relations sont aussi influencées par le contexte économique du secteur scolaire. Le secteur scolaire a souffert récemment de compressions et de moyens de pression qui ont eu, entre autres, des impacts au niveau des activités parascolaires. Les problèmes se multiplient : l'équipement qui vieillit et même diminue; de plus en plus le payeur est l'utilisateur; les familles éclatent et donc les milieux de vie des jeunes se multiplient tandis que les revenus diminuent.

Au niveau des activités parascolaires, lieu important de loisirs, les bénévoles s'épuisent écrasés par les attentes des parents, notamment quant à la performance de leurs enfants. Les professionnels du loisir doivent alors relever le défi mais ne peuvent y arriver sans l'intersectorialité. S'ajoutent aussi à ces éléments le fait que, dans la région des Laurentides, les services de loisirs municipaux sont très souvent sous la responsabilité d'une seule personne et que cette dernière ne détient pas nécessairement une formation spécialisée dans ce domaine.

Une mobilisation est nécessaire afin de sensibiliser les décideurs et stimuler les bénévoles. Il faut aussi développer et rendre disponibles des outils additionnels pour aider les enfants et leurs parents.

PERSPECTIVE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Voulant adopter une position provocatrice, madame Gagnon souligne que le résultat de l'étude indiquant que le secteur de la santé et des services sociaux est peu présent dans les actions touchants les habiletés sociales (dans 15% des interventions) a quelque chose de positif : ça veut dire que ce secteur n'a pas pris la place des autres.

Elle insiste aussi sur le fait que la majorité des jeunes arrivent à l'école avec des acquis en compétence sociale et alors il ne faut pas remplacer ce que les autres secteurs et milieux de vie font, et font bien. Par contre, elle souligne que le rôle de prévention du secteur de la santé et des services sociaux, et surtout celui des CLSC, ne doit pas s'arrêter quand l'enfant atteint 5 ans ni se limiter aux interventions des CPE. Selon sa vision, le réseau de la santé doit soutenir les autres acteurs afin de les encourager et de bonifier leur

action; il ne doit pas remplacer des initiatives déjà en place qui ont seulement besoin d'un coup de pouce pour se développer et devenir plus efficaces.

Actuellement, d'une part le milieu scolaire assume le leadership des initiatives voulant promouvoir la compétence sociale et d'autre part les municipalités assument le leadership des activités de loisirs. Mais, leadership ne doit pas signifier isolement et individualisme : la concertation s'avère essentielle. Les CLSC ont un rôle important à jouer sur le plan de la concertation et au niveau de la mobilisation des partenaires intersectoriels : c'est par ce rôle qu'ils soutiendront le développement de la compétence des communautés et des familles.

Madame Gagnon rappelle aussi que peu d'enfants n'ont pu développer leurs habiletés sociales et que pour eux le réseau de la santé et des services sociaux offre des services curatifs. Les CLSC et les autres établissements qui offrent ces services curatifs doivent intervenir auprès de ces jeunes et de leurs parents en détresse, et c'est là que le partenariat s'avère le plus nécessaire parce que, dans de telles situations, chacun des intervenants est confronté à ses propres limites. Par ailleurs, elle souligne qu'il est primordial d'intervenir avant que les enfants aient développé des problèmes majeurs d'adaptation sociale: il faut faire de la prévention avant l'adolescence.

PERSPECTIVE DU SECTEUR SCOLAIRE

Monsieur Michel Couture se porte à la défense du secteur scolaire en affirmant que, malgré la croissance importante des besoins, les contraintes de l'environnement, telles les compressions budgétaires, font en sorte que le secteur scolaire devient de moins en moins capable d'y répondre de façon satisfaisante. Les besoins augmentent et les ressources diminuent; les résultats sont inquiétants. Dans ce contexte, la concertation des ressources professionnelles entre les deux réseaux (santé et éducation) s'avère incontournable. L'école seule ne pourra y arriver compte tenu de toutes les réformes qu'elle vit et de l'encadrement de ses mandats qui limite ses possibilités.

Monsieur Couture indique que, ce qui a retenu son attention dans la recherche, c'est l'investissement des écoles et des autres secteurs dans les problèmes d'externalisation et ce, en lien avec le fait que les problèmes s'intensifient, se complexifient et surviennent de plus en plus tôt chez les enfants. Il observe que beaucoup d'argent est investi au bénéfice des clientèles à risque, laissant peu ou quasiment pas de ressources pour la prévention. Il constate aussi que les projets rallient plusieurs intervenants auprès des jeunes en difficulté mais plusieurs de ces projets vivent des problèmes de précarité.

Il note également que la cote de participation active du réseau de la santé et des services sociaux dans les actions visant les habiletés sociales n'est pas reluisante. Du point de vue du secteur scolaire, il semble que le réseau de la santé n'ait jamais su s'approcher du milieu scolaire et que les rôles types du réseau de la santé auprès des écoles restent effectivement à développer. Il souhaite que la recherche stimule des actions concertées, cohérentes et soutenues dans le temps.

PERSPECTIVE D'UN PARENT

Madame Bergeron remarque que les parents entendent souvent des commentaires à l'effet que les intervenants sont dépassés et souffrent d'isolement, qu'ils ont besoin de plus de soutien et d'encadrement, que les problèmes augmentent alors que les ressources diminuent.

Mais, souligne-t-elle, les parents vivent les mêmes contraintes. Ils vivent eux aussi beaucoup de situations et de problèmes nouveaux et ils ne détiennent pas nécessairement d'outils ou de guides alors qu'ils ont besoin de ressourcement et éprouvent souvent un sentiment d'incompétence. Selon son expérience, de plus en plus de parents ont une faible estime d'eux-mêmes et vivent de grandes difficultés dans certaines situations. Entre autres, dans les situation de crise de colère, il leur est difficile de poser des limites et de tolérer le sentiment de vide qui suivrait une dispute avec leur enfant. Obsédés par la performance et le rythme de vie, ils deviennent stressés et stressants, ils ont de la difficulté à s'arrêter et à prendre du recul pour observer et comprendre leur enfant. Ils vivent beaucoup d'insécurité et ils éprouvent de la difficulté à vivre de l'empathie envers leur enfant; dans ce contexte, il leur devient difficile de créer des situations favorables permettant à leur enfant d'acquérir, de développer et de maintenir ses habiletés sociales.

Selon elle, pour soutenir des parents et des familles dans cette réalité, les différents secteurs doivent développer des actions concertées, tout en respectant les missions de chacun. Tous les acteurs, parents et intervenants, ont besoin de s'outiller. L'acquisition des habiletés sociales est essentielle pour mener une meilleure vie d'adulte et pour devenir un meilleur parent.

3.3.2 PÉRIODE D'ÉCHANGES

Voici un résumé des échanges qui ont suivi les présentations des panélistes : ces échanges sont regroupés selon les principaux thèmes abordés.

LA VIABILITÉ DE LA CONCERTATION

Des représentants des actions ainsi que des membres de l'audience ont insisté sur le fait que la concertation n'est pas seulement une cible distante : elle se vit déjà dans plusieurs localités et projets de la région. On souligne le fait que certains intervenants vivent des ponts plutôt que des fossés entre l'école et le réseau de la santé. On indique aussi que les conditions gagnantes sont réalisables : la volonté de bâtir ensemble, une vision commune de l'objectif, le respect des compétences et des disponibilités de chacun, la tenue de rencontres en fonction de la disponibilité de chacun, la permanence des intervenants en place ainsi que le financement consolidé.

Les effets de la responsabilisation des écoles dans la réforme scolaire et leur capacité de bien soutenir le développement des habiletés sociales

Des intervenants des actions étudiées ainsi que d'autres participants de l'audience ont souligné que les écoles, par le biais des conseils d'établissements, doivent faire des choix déchirant : supprimer quelques heures destinées à une matière scolaire et accorder ce temps à un programme de prévention; choisir une activité parmi diverses formes d'activités para-scolaires, par exemple choisir entre une visite à la cabane à sucre et un programme de prévention. On s'interroge sur la capacité des conseils d'établissements à bien prendre ce genre de décision. On se questionne aussi sur leur degré de connaissance des enjeux et des conséquences des problèmes d'adaptation sociale sur le plan collectif. Selon un intervenant, leur pouvoir devient un fardeau à cet égard et certaines instances seraient plus compétentes pour proposer ces programmes.

Par extension, on a aussi discuté du sens de la démocratie dans cette nouvelle réalité scolaire. Certains participants insistent sur le fait que les parents ont leur mot à dire; d'autres remettent en question leur compétence en matière de prévention. D'autres participants estiment que la décentralisation et la démocratisation de la prise de décision au sein des écoles ajoutent à la difficulté de préciser le rôle du réseau scolaire et celui des services municipaux. Même la double mission de l'école, éduquer et socialiser, pose des défis majeurs; l'éducation se fait plutôt bien mais la socialisation fait défaut et ne peut pas être réalisée par les écoles seules.

Les participants s'interrogent alors à savoir comment la prévention peut s'introduire dans ces choix déchirants pour se faire une plus grande place et ce, en concertation avec les autres acteurs.

La contribution et le rôle des secteurs

Des participants voudraient d'abord qu'on reconnaisse que le premier milieu de vie d'un enfant est sa famille et que des efforts doivent être faits pour outiller la famille. L'école est le deuxième milieu de vie de l'enfant, cependant on voudrait adopter un fonctionnement ouvert aux organismes communautaires et aux autres partenaires.

Il serait aussi souhaitable que chaque secteur prenne conscience de l'importance de ses actions au regard de la prévention des problèmes d'adaptation sociale, qu'il se responsabilise et qu'il développe des relations harmonieuses et productives avec les autres secteurs et ce, tout en respectant les compétences et les approches de chacun et en tenant compte de la diversité et des différences.

3.4 ÉVALUATION

3.4.1 SATISFACTION EXPRIMÉE PAR LES PARTICIPANTS

À la fin du colloque, les participants ont été invités à compléter le formulaire d'évaluation de satisfaction. Quarante participants ont complété ce formulaire: vingt provenaient du réseau de la santé et des services sociaux, quatorze des organismes communautaires, deux du secteur municipal et un du secteur de l'éducation. Leur niveau de satisfaction au regard des principaux éléments du colloque est indiqué au **Tableau 9**.

TABLEAU 9

SATISFACTION EXPRIMÉE PAR LES PARTICIPANTS

ÉLÉMENT	PAS DU TOUT SATISFAITS ET INSATISFAITS	SATISFAITS ET TRÈS SATISFAITS
ASPECTS OPÉRATIONNELS ET ORGANISATIONNELS		
Organisation en général	1	38
Lieux	1	38
Kiosques	0	38
Périodes de discussion	11	25
OBJECTIFS DU COLLOQUE		
Partager les résultats de recherche	5	34
Offrir une occasion de réseautage	6	34
Stimuler la mobilisation régionale	12	28

À la lecture du **Tableau 9**, on constate que les participants se disent assez satisfaits des aspects opérationnels; cependant ils ont évalué les aspects reliés à l'atteinte des objectifs du colloque comme étant un peu moins satisfaisants, notamment sur le plan de la stimulation de la mobilisation régionale. Enfin, les participants ont exprimé leur insatisfaction à propos des périodes de discussion.

3.4.2 SUITES À DONNER AU COLLOQUE ET COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS

Le questionnaire d'évaluation comportait deux questions ouvertes, l'une à propos des suites à donner au colloque et l'autre concernant les suggestions et commentaires des participants. Les réponses, jusqu'à trois par répondant, ont été regroupées au **Tableau 10**.

TABLEAU 10

SUITES À DONNER AU COLLOQUE ET COMMENTAIRES

TYPES DE COMMENTAIRES	NOMBRE DE RÉPONSES
SUITES À DONNER	
Répertoire : incomplet ou erreurs à corriger	8
Formation d'un groupe de travail	7
Diffusion plus large auprès des décideurs ou partenaires, ou pour soutenir les objectifs	16
COMMENTAIRES	
Commentaires sur les kiosques	
Intéressants	1
Trop de temps alloué	4
Pas assez de temps alloué	1
Autres commentaires positifs	5
Autres commentaires négatifs	5

Ces commentaires indiquent qu'il y un certain intérêt, du moins parmi une quinzaine des quarante répondants, à donner suite au projet de recherche par la diffusion des résultats ou par la création d'un groupe de travail; ces répondants se répartissent presqu'également entre le secteur de la santé et services sociaux et le secteur communautaire. Par contre, les données ne semblent pas témoigner un intérêt marqué pour la mise en place d'actions faisables, efficaces et durables visant l'acquisition, le développement et le maintien des habiletés sociales chez les enfants de 5 à 12 ans.

3.4.3 ATTEINTE DES OBJECTIFS DU COLLOQUE

Globalement, il nous semble que les objectifs du colloque ont été partiellement atteints.

En effet, sur le plan de la **participation**, le très faible taux de présence des acteurs du secteur scolaire a été décevant, étant donné le rôle central de ce secteur dans l'acquisition et maintien des habiletés sociales des enfants de 5 à 12 ans. Cette situation est probablement en partie tributaire des difficultés de communication et de coordination entre les organisateurs du colloque (issus principalement du réseau sociosanitaire) et le réseau scolaire; ces difficultés ont été engendrées en raison de la circulation restreinte de l'information au sujet du colloque ainsi que des invitations à participer, et aussi en raison d'un manque de partage d'information concernant les activités pédagogiques en conflit d'horaire avec le colloque.

D'autre part, la participation au colloque des « actions » étudiées a bien démontré la pertinence de la concertation entre acteurs qui partagent les même buts et les mêmes cibles.

Par ailleurs, la participation du secteur municipal pourrait être considérée sous deux angles. Les services de loisirs représentent des ressources potentiellement très intéressantes pour rejoindre les enfants et compléter l'intervention des autres secteurs sur les habilités sociales; dans ce sens, il aurait été souhaitable de sentir plus intensément leur présence lors du colloque. Cependant, le fait de compter quelques représentants du secteur municipal parmi les participants représente un résultat positif tant pour les participants que pour les organisateurs du colloque.

Du point de vue du **contenu**, le colloque a permis avec succès de diffuser et d'expliquer les résultats de la recherche. Il a aussi constitué une occasion de partage et d'échange entre les participants. Par contre, les suggestions des participants relatives aux suites à donner au colloque portent principalement sur la communication et la diffusion; elles s'avèrent donc peu axées sur la stimulation d'une véritable mobilisation régionale, ce qui constituait pourtant un objectif préalable à l'organisation du colloque. De plus, le débat relatif aux rôles des secteurs ne semble pas avoir provoqué une réflexion critique des participants à propos de la mise en place d'actions faisables, efficaces et durables dans la région des Laurentides.

DISCUSSION : RÔLES, ENJEUX ET PRÉOCCUPATIONS

Cette recherche a été mise de l'avant afin d'apporter un éclairage analytique et critique sur l'état de la situation inhérente aux habiletés sociales des enfants de 5 à 12 ans et s'interroger pour savoir comment l'action régionale du réseau de la santé et des services sociaux, sur cet aspect du développement, pourrait être améliorée afin de mieux répondre aux besoins. Le projet de recherche visait donc à répondre aux deux questions de recherche suivantes.

DANS LE CONTEXTE DES MILIEUX NATURELS OÙ ÉVOLUENT LES ENFANTS DE 5 À 12 ANS DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES :

1- **QUELLES ACTIONS SONT ACCESSIBLES POUR LES AIDER À ACQUÉRIR, À DÉVELOPPER ET À MAINTENIR LA COMPÉTENCE SOCIALE?**

2- **COMMENT LES ACTIONS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX PEUVENT-ELLES RENFORCER ET COMPLÉTER CES PROCESSUS?**

4.1 QUELLES ACTIONS SONT ACCESSIBLES DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES?

En réponse à la première question, le Volet 1 de cette recherche menée sur le territoire des Laurentides a dégagé deux constats principaux. Force est de constater que la région des Laurentides recèle une impressionnante variété d'actions de grande qualité qui permettent aux enfants de 5 à 12 ans d'acquérir, de développer et de maintenir des habiletés sociales. Par ailleurs, cette étude nous a aussi permis d'observer qu'il existe beaucoup de possibilités pour développer davantage l'action régionale.

4.2 COMMENT LES ACTIONS DU RÉSEAU PEUVENT-ELLES RENFORCER ET COMPLÉTER CES PROCESSUS?

En réponse à la deuxième question, la recherche a permis d'identifier trois rôles types que pourrait jouer le réseau de la santé et des services sociaux afin de renforcer l'action régionale:

- **un rôle d'expert de contenu en développement et en évaluation de programmes;**
- **un rôle de soutien à l'intervention clinique ou thérapeutique;**
- **un rôle de soutien au système scolaire dans la diffusion et la mise en œuvre des actions.**

Les discussions et les présentations au colloque ont mis en évidence que chacun de ces rôles pourrait avoir une importance dans l'avancement de l'action régionale; ces rôles seraient exercés à différents niveaux, par différentes composantes du réseau de la santé et des services sociaux, à l'intention de différents secteurs et selon des formes de concertation appropriées.

Reprenons maintenant l'examen critique de chacun de ces rôles potentiels à la lumière des résultats du colloque régional et dans la perspective de l'ensemble des données recueillies tout en considérant les enjeux identifiés au Volet 2.

4.2.1 RÔLE D'EXPERT DE CONTENU EN DÉVELOPPEMENT ET ÉVALUATION DE PROGRAMMES

Le dédoublement et le chevauchement des actions, soulevés à titre d'enjeux lors des étude de cas, suggèrent d'abord qu'un rôle d'expert de contenu soit joué par la Direction de santé publique des Laurentides, par son service de promotion de la santé et son service de recherche et d'évaluation. L'exercice de ce rôle permettrait à la région de se doter d'outils pour mieux connaître et apprécier les programmes, projets et activités dans la perspective de définir des critères d'analyse de programmes, comprenant des dimensions d'implantabilité et d'efficacité. Il permettrait aussi de formuler éventuellement des recommandations relatives aux programmes à l'intention des organismes locaux désireux d'agir sur les habiletés sociales des jeunes.

Le colloque a mis en évidence une autre facette de la situation régionale reliée au dédoublement et notée lors de la recherche, à savoir que les projets issus d'une même région, ciblant les mêmes objectifs et ayant créé des outils très semblables « ne se connaissent pas ». De plus, ces projets ne bénéficient pas de terrains naturels d'interaction puisque les personnes impliquées évoluent au sein de différents secteurs ou occupent des fonctions différentes dans un même secteur.

Par exemple, il est malheureux que des initiatives locales comme celle de *l'École Verte Ste-Marie* à Val-David ne puissent pas accéder directement aux ressources et à l'expertise d'un programme plus solidement financé et déjà évalué tel *Vers le Pacifique*.

Il serait aussi souhaitable que la Direction de santé publique des Laurentides, qui pourrait jouer un rôle important au niveau de la coordination et du réseautage, ne soit pas impliquée plus directement dans les programmes les plus importants de la région (importance en fonction du nombre d'enfants rejoints). Pensons aux exemples suivants : l'expérimentation formelle et informelle du programme *Vers le Pacifique* à travers la région et le programme-bannière du réseau de l'éducation *Jeunes en santé*.

Étant donné également la grande diversité des **modalités de diffusion des actions**, qui est aussi un enjeu soulevé dans cette recherche, il serait pertinent de pouvoir faire connaître l'applicabilité et l'efficacité potentielle des différentes actions à l'ensemble des acteurs concernés de la région.

Afin de bien jouer le rôle d'expertise de contenu, le réseau de la santé et des services sociaux devra se sensibiliser aux **enjeux idéologiques associés aux formes d'intervention** en place, notamment à celles que mène le secteur communautaire. Tenir compte de ces enjeux voudrait dire reconnaître que les différences entre les acteurs et leurs actions ne sont pas banales.

À titre d'exemple, l'action de l'organisme *Espace Laurentides* repose sur une programmation très encadrée, liant des principes d'intervention féministes à des expériences et à des recherches portant sur les interventions préventives. Ce programme constituant un tout, il n'est pas question de se procurer un guide de l'intervenant et d'offrir ce programme dans un milieu donné sans procéder au préalable à la formation spécifique. À l'opposé, cette possibilité s'avère tout à fait légitime dans la conception du programme *Vers la Pacifique* et ce, dans le but de maximiser l'accessibilité et la pénétration de l'intervention.

La quête permanente du secteur communautaire pour assurer sa stabilité financière rend sa situation très complexe : il en découle souvent un effet secondaire indésirable, à savoir de placer les groupes communautaires dans une situation de concurrence les uns avec les autres. Les témoignages des groupes communautaires l'ont d'ailleurs souligné à plusieurs reprises lors du colloque lorsque leurs représentants ont pris la parole pour défendre leurs projets et les promouvoir auprès des bailleurs de fonds. Ce thème de la concurrence était aussi présent dans les propos de la panéliste représentant les organismes communautaires.

Bien naviguer à travers ces différences en tant d'experts de contenu posera des défis importants pour les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

4.2.2 RÔLE DE SOUTIEN À L'INTERVENTION CLINIQUE

Le rôle de soutien à l'intervention clinique semble déjà plus facile à réaliser pour le réseau de la santé et des services sociaux, surtout pour les CLSC qui détiennent déjà ce mandat spécifique. Dans la plupart des territoires, les CLSC ont développé des liens avec les réseaux scolaire et communautaire relativement à la référence des enfants et des familles en besoin d'intervention.

Que le réseau se limite à sa façon actuelle d'exercer ce rôle de soutien à l'intervention clinique ne maximisera ni les forces considérables d'organisation et de mobilisation communautaire, acquises par les équipes des CLSC dans les domaines très connexes aux habiletés sociales des jeunes, ni leur mandat de prévention. Par contre, il est évident que, pour les enfants en difficulté et à risque, les services cliniques des CLSC, en lien avec ceux de l'école lorsqu'ils existent, constituent des ressources essentielles pour la prévention secondaire. Ces services favorisent l'action en amont des problèmes graves de délinquance, d'abus de substances, de détresse majeure et de suicide qui émergent dès l'adolescence chez les jeunes qui ont connu, très souvent, des déficits de compétence sociale depuis le début de leur carrière scolaire.

Une question se pose maintenant. Pour renforcer l'action régionale en termes de soutien à l'intervention clinique, comment le réseau pourrait-il maintenir et améliorer le dépistage, la référence et l'intervention précoce tout en offrant les bons services aux bons endroits et en renforçant les liens de communication entre les services sur le plan local, et particulièrement les liens entre les CLSC et les écoles de leur territoire respectif?

À la suggestion d'un participant au colloque lors du débat ouvert, il serait sans doute très intéressant d'étudier en profondeur des exemples de réussite, qui existent dans notre région, au niveau du partenariat entre une école et un CLSC.

4.2.3 RÔLE DE SOUTIEN AU SYSTÈME SCOLAIRE DANS LA DIFFUSION ET LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS

C'est le troisième type de rôle, celui de soutien au système scolaire dans la diffusion et la mise en œuvre des actions, qui offre la plus grande possibilité de développement mais qui pose aussi les plus grands défis au réseau de la santé et des services sociaux. Il soulève d'abord **la question des ressources**, question dont nous traiterons plus bas dans le texte. Il soulève aussi **la question d'intersectorialité**. En effet, les projets de type *École en santé Notre-Dame* et *École Verte Ste-Marie* démontrent précisément le potentiel de l'action locale concertée autour des écoles grâce à des liens intersectoriels forts, en s'appuyant notamment sur un secteur communautaire robuste et durable.

4.3 ENJEUX ET PRÉOCCUPATIONS

Il nous semble que l'implantation généralisée d'interventions « intersectorielles » ferait jaillir d'autres enjeux, en plus de ceux identifiés au Chapitre 3 de cette recherche, ainsi que certaines préoccupations mises en évidence lors du colloque.

4.3.1 INTERVENTIONS INTERSECTORIELLES

En effet, il nous apparaît que les liens de concertation entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau scolaire, concernant les habiletés sociales chez les élèves du primaire, soient à construire en totalité ou presque. Il semble aussi que l'écart entre ces deux réseaux s'avère encore plus important aux niveaux organisationnels élevés. Ainsi, bien que la concertation locale fonctionne très bien dans plusieurs localités, cette recherche ne nous a pas permis d'identifier une manière efficace d'amener ces deux réseaux à se concerter au niveau des instances supra-territoriales ou régionales (Régie régionale des Laurentides versus ministère de l'Éducation et/ou commissions scolaires) à propos d'une problématique qui semble pourtant les intéresser énormément. Cette difficulté ne se limite certainement pas à la problématique des habiletés sociales et

suggère que le réseau de la santé devra développer de nouvelles manières et attitudes pour s'ouvrir de façon plus productive à la concertation avec le réseau scolaire.

4.3.2 COUVERTURE RÉGIONALE

Cet enjeu soulève également celui de la couverture régionale. On a observé, au Volet 1 de cette recherche, que l'accessibilité aux actions qui permettent aux enfants de 5 à 12 ans d'acquérir, de développer et de maintenir une compétence sociale varie selon les territoires de CLSC et selon les municipalités. On a constaté également la présence d'importantes barrières d'accès et ce, même à l'intérieur des réseaux financés par des fonds publics. Assurer une couverture régionale plus équitable et mieux axée sur les besoins de la population s'avère être une responsabilité des diverses instances régionales. Cependant, étant donné les multiples formes et secteurs d'intervention qui existent relativement à la compétence sociale, c'est la collaboration étroite entre toutes les instances qui rendra possible la réalisation de la couverture régionale.

4.3.3 VALORISATION DU RÔLE DU SECTEUR MUNICIPAL

Par ailleurs, le rôle du secteur municipal dans cette forme d'action peut laisser songeur. Lors du colloque, le panéliste porteur d'une perspective municipale s'en est pris aux conseils d'établissements du réseau scolaire à propos de leur compétence à exercer des choix d'activités en prévention des problèmes d'adaptation sociale. Étaient aussi décriées l'absence de reconnaissance mutuelle des compétences respectives et la limite des liens de la relation client-fournisseur, principalement axée sur l'utilisation des locaux et du matériel.

D'autre part, l'état des liens entre le secteur municipal et le réseau de la santé ne fait guère meilleure figure, malgré des exemples de collaboration très porteuse, comme les projets *École en santé Notre-Dame, École Verte Ste Marie* et *SWAT Team.*

Globalement, il n'est pas évident que les autres secteurs reconnaissaient le secteur municipal comme acteur légitime dans le domaine de la compétence sociale des enfants. De plus, il semble que les liens entre le secteur municipal et les autres, concernant leur préoccupation relative au sain développement des enfants, restent à construire pour la majorité des municipalités laurentiennes.

4.3.2 RESSOURCES DISPONIBLES

Enfin, la question des ressources s'avère très importante. Nous avons déjà constaté que, bien qu'ils les considèrent importants, le groupe des 5 à 12 ans et la problématique des habiletés sociales ne constituent pas une priorité pour les différents secteurs. Les études de cas ont permis de constater que la grande majorité des actions les plus prometteuses de la région, au regard de critères scientifiquement validés, qu'elles soient menées par le secteur scolaire ou par le secteur communautaire, ne bénéficient pas d'un financement

récurrent et doivent réaliser leurs actions à même des budgets initialement dédiés à d'autres priorités.

Il est possible que le colloque ait déçu des intervenants du secteur communautaire en raison de l'absence d'engagement, par l'un ou l'autre des acteurs publics, en vue d'ajouter des ressources nouvelles. Cependant, le message principal porté par les trois secteurs présents (éducation, municipalités, santé et services sociaux), a été formulé clairement par un panéliste lors du colloque : « on n'est pas seul là-dedans ». Autrement dit, aucun des réseaux publics ne considère détenir les ressources nécessaires pour s'avancer de manière consolidée ou pour assumer le leadership du dossier. L'état de situation mis en lumière par la présente étude, en révélant beaucoup d'actions mais en observant peu de consolidation ou de leadership intersectoriel, semble tenir ses racines de cette valse-hésitation. Tout en considérant les rôles de soutien que les secteurs peuvent jouer les uns auprès des autres, il semble clair qu'il faille aussi considérer globalement la question des ressources, c'est-à-dire démontrer la volonté de transcender les frontières organisationnelles et d'imaginer des actions concertées en fonction des ressources collectives.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Suite au dépôt de ce rapport, le Comité des promoteurs se réunira à nouveau pour dresser son propre bilan de cette démarche de recherche et pour esquisser les prochaines étapes à réaliser. Les orientations du Programme national de santé publique relativement à la problématique de l'adaptation sociale retiendront certainement l'attention des membres du comité et ce, dans la mesure où ce programme offrira des possibilités de développement dans le domaine des habiletés sociales des jeunes.

Si le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides décidait de donner suite aux démarches déjà réalisées, en tenant compte des éléments mis en lumière par cette recherche, il serait intéressant qu'il considère les pistes d'action suivantes.

Développer de nouvelles façons de s'ouvrir aux secteurs de l'éducation et des municipalités, surtout au niveau supra-local, de les aborder et de s'engager avec eux afin de s'assurer que l'action sur les habiletés sociales se campe dans les milieux de vie qui peuvent rejoindre le plus efficacement possible les enfants et ce, en minimisant les barrières et en maximisant les contributions de tous les secteurs. Le rôle des CLSC dans la mobilisation des communautés serait à concrétiser dans le cadre de cette démarche.

Créer des mécanismes d'accès à l'expertise de contenu et des mécanismes d'échange entre les acteurs tout en s'assurant du développement de l'expertise au sein du réseau de la santé et ce, de manière à mieux prendre conscience de la diversité idéologique chez les acteurs afin de s'assurer de l'amélioration continue des interventions et de minimiser la « ré-invention » inutile.

Mettre en œuvre les moyens nécessaires au dégagement et à la consolidation des ressources globales récurrentes provenant de tous les secteurs concernés ainsi qu'à la coordination de cette consolidation afin de s'assurer de la durabilité des interventions prometteuses.

Enfin, l'objectif de mobilisation régionale qui sous-tendait cette recherche, notamment l'aspect de la concertation du réseau de la santé et des services sociaux avec le réseau de l'éducation, posera probablement des défis importants lors de prochaines démarches.

Bibliographie et Annexes

BIBLIOGRAPHIE

Aber, J., Jones, S., Brown, J., Chaudry, N., Samples, F. (1998) Resolving conflict creatively : Evaluating the effects of a school-based violence prevention program in the neighbourhood and classroom context. Development of Psychopathology, 10(2), 187-213.

Albee, G. (1998) The politics of primary prevention. Journal of Primary Prevention, 19(2), 117-127.

Arnold, D., Ortiz, C., Curry, J., Stowe, R., Goldstein, N., Fisher, P., Zeljo, A., Yersova, K. (1999) Promoting academic success and preventing disruptive behavior disorders through community partnership. Journal of Community Psychology, 27(5), 589-598.

Beelmann, A., Pfingsten, U., Loesel, F. (1994) Effect of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. Journal of Clinical Child Psychology, 23(3), 260-271.

Bélanger, J., Bowen, F., Rondeau, N. (1999) Évaluation d'un programme visant le développement de la compétence sociale à la maternelle. Canadian Journal of Community Mental health, 18(1), 77-104.

Bohlin, G., Bengtsgard, K., Andersson, K. (2000) Social inhibition and overfriendliness as related to socioemotional functioning in 7 and 8 year-old children. Journal of Clinical Child Psychology, 29(3), 414-423.

Boulton, M., Smith, P. (1994) Bully/victim problems in middle-school children: Stability, self-perceived competence, peer perceptions and peer acceptance. British Journal of Developmental Psychology, 12(3), 315-329.

Boyle, M., Cunningham, C., Heale, ., Hundert, J., McDonald, J., Offord, R., Racine, Y. (1999) Helping children adjust a Tri-Ministry study: I. Evaluation methodology. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 40(7), 1051-1060.

Braswell, L., August, G., Bloomquist, M., Realmuto, G. (1997) School-based secondary prevention for children with disruptive behavior: Initial outcomes. Journal of Abnormal Child Psychology, 25(3), 197-208.

Campbell, J., Lamb, M., Hwang, P. (2000) Early child-care experiences and children's social competence between 1.5 and 15 years of age. Applied Developmental Science, 4(3), 166-175.

Catalano, R, R., Oxford, M., Harachi, T., Abbott, R., Haggerty, K. (1999) A test of the social development model to predict problem behavior during the elementary school period. Criminal Behavior and Mental Health, 9(1), 39-56.

Cillissen, A., Bellmore, A. (1999) Accuracy of social self-perceptions and peer competence in middle childhood. Merrill-Palmer Quarterly, 45(4), 650-676.

Cohn D. (1990) Child-mother attachment of six-year olds and social competence at school. Child Development, 61(1), 152-162.

Cole, D., Martin, J., Powers, B. (1997) A competency-based model of child depression: A longitudinal study of peer, parent teachers and self-evaluations. Journal of Child Psychology & Psychiatry and Allied Disciplines, 38(5), 505-514.

Cole, D., Peeke, L., Dolezal, S., Maury, n., Canzoniero, A. (1999) A longitudinal study of negative affect and self-perceived competence in young adolescents. Journal of Personality and Social Psychology, 77(4), 851-862.

Cole, D., Maxwell, S., Martin, K. (1997) Reflected self-appraisals: Strength and structure of the relation of teacher, peer and parent ratings to children's self-perceived competencies. Journal of Educational Psychology, 89(1), 55-70.

Conduct Problems Prevention Research Group US (1999). Initial impact of the fast track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(5), 631-647.

Conduct Problems Prevention Research Group US (1999) Initial impact of the fast track prevention trial for conduct problems. II. Classroom effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(5), 648-657.

Crocker, A., Hakim-Larsen, J. (1997) Predictors of pre-adolescent depression and suicidal ideation. Canadian Journal of Behavioral Science, 29(2), 76-82.

de Winter, M. Baerveldt, C., Kooistra, K. (1999) Enabling children: Participation as a new perspective on child health promotion. Child Care, Health and Development, 25(10' 15-25.

Dore, M., Nelson-Zlupko, L., Kaufmann, E (1999) « Friends in need »: Designing and implementing a psychoeducational group for school children from drug-involved families. Social Work, 44(2), 179-190.

Durlak, J., Wells, A. (1997) Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. American Journal of Community Psychology, 25(2), 115-152.

Dumas, J., Prinz, R., Smith, E., Laughlin, J. (1999) The EARLY ALLIANCE prevention trial: an integrated set of interventions to promote competence and reduce risk for conduct disorder, substance abuse and school failure. Clinical Child and Family Psychology Review, 2(1), 37-53.

Dubas, J., Lynch, K., Galano, J., Geller, S., Hunt, D. (1998) Preliminary evaluation of a resiliency-based preschool substance abuse and violence prevention project. Journal of Drug Education, 28(3), 235-255.

Erdley, C., Asher, S. (1999) A social goals perspective on children's social competence. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 7(3), 156-167.

Eisenberg, N., Guthrie, I., Fabes, R., Reiser, M., Murphy, B., Holgren, M., Losoya, S. (1997) The relations of regulation and emotionality and resiliency and competent social functioning in elementary school children. Child Development, 68(2), 295-311.

Eisenberg., N., Fabes, R., Murphy., B., Maszk, P. (1995) The role of emotionality and regulation in children's social functioning : A longitudinal study. Child Development, 66(5), 1360-1384.

Fagen, D., Cowen, E., Wyman, P., Work, W. (1996) Relationships between parent-child relational variables and child test variables in highly stressed urban families. Child Study Journal. 26(2), 87-108.

Feiring, C., Lewis, M. (1991) The development of social networks from early to middle childhood: Gender differences and the relation to school competence. Sex Roles, 25(3-4), 237-253.

Feiring, C., Lewis, M. (1991) The transition from middle childhood to early adolescence: Sex differences in social network and perceived self-competence. Sex Roles, 24(7-8), 489-509.

Fenzel, M. (2000) Prospective study of changes in global self-worth and strain during the transition o middle school. Journal of Early Adolescence, 20(1), 93-116.

Frankel, F., Myatt, R. (1994) A dimensional approach to the assessment of social competence in boys. Psychological Assessment, 6(3), 249-254.

Frey, K., Hirschstein, M., Guzzo, B. (2000) Second Step: Preventing aggression by promoting social competence. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 8(2), 102-112.

Garmezy, N. (1991) Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. American Behavioral Scientist, 34(4), 416-430.

Goodman, S., Hoven, C., Narrow, W., Cohen, P., Fielding, B., Alegria, M., Leaf, P., Kandel, D., Horwitz, S., McCue, S., bravo, M., Moore, R., Dulcan, M. (1998) Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: The National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology and Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. Social Psychiatry, 33(4), 162-173.

Guay, F., Boivin, M., Hodges, E. (1999) Predicting changes in academic achievement: A model of peer experiences and self-system processes. Journal of Educational Psychology, 911), 105-115.

Gullotta, T., Adams, G., Monte mayor, R. (Eds) (1990) Developing social competency in adolescence. Advances in adolescent development, Vol. 3. Newbury Park, Sage.

Hertzman, C. Wiess, M. (1996) Child development and long-term outcomes: A population health perspective and summary of successful interventions. Social Science and Medicine, 43(7), 1083-1095.

Hess, L., Atkins, M. (1998) Victims and aggressors at school: teacher, self and peer perceptions of psychosocial functioning. Applied Developmental Science, 2(2), 75-89.

Hymel, S., Bowker, A., Woody, E. (1993) Aggressive versus withdrawn unpopular children: Variations in peer and self-perceptions in multiple domains. Child Development, 64(3), 879-896.

Hymel., S., Rubin, K., Rowden, L., LeMare, L. (1990) Children's peer relationships: Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. Child Development, 61(6), 2004-2021.

Jackson. C., Henriksen, L. Dickinison, D., Levine, D. (1997) The early use of alcohol and tobacco: Its relation to children's competence and parents' behaviors. American Journal of Public Health, 87(3), 359-364.

Johnson, D., Walker, T. (1991) A follow-up evaluation of the Houston Parent-Child Development Centre: School Performance. Journal of Early Intervention, 15(3), 226-236.

Kaiser, A., Hester, P. (1997) Prevention of conduct disorder through early intervention: A social-communicative perspective. Behavioral Disorders, 22(3), 117-130.

King, C., Kirschenbaum, D. (1990) An experimental evaluation of a school-based program for children at risk: Wisconsin Early Intervention. Journal of Community Psychology, 18(2), 167-177.

Ladd, G. (1990) Having friends, keeping friends making friends, and being liked by peers in the classroom: Predictors of children's early school adjustment? Child Development, 61(4), 1081-1100.

Lawson, D., MacCain, A., Matlock-Hetzel, S., Duffy, M., Urbanovski, R. (1997) School families: Implementation and evaluation of a middle school prevention program. Journal of Counselling and Development, 76(1), 82-89.

Lifrak, P., McKay, J., Rostain, A., Alterman, A., (1997) Relationship of perceived competencies, perceived social support and gender to substance use in young adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36(7), 933-940.

Luthar, S., (1995) Social competence in the school setting: Prospective cross-domain associations among inner-city teens. Child Development, 66(2), 416-429.

MacKinnon-Lewis, C., Volling, B., Lamb, M., Dechman, K. (1994) A cross-contextual analysis of boys' social competence: From family to school. Developmental Psychology, 30(3), 325-333.

Measelle, J., Ablow, J., Cowan, P, Cowan, C.. (1998) Assessing young children's views of their academic, social and emotional lives: An evaluation of the self-perception scales of the Berkeley Puppet Interview. Child Development, 69(6), 1556-1576.

Masten, A., Coatsworth, J. (1998) The development of competence in favourable and unfavourable environments: Lessons learned from research on successful children. American Psychologist, 53(2), 205-220.

Masten, A., Hubbard, J., Gest, S., Telegen, A., Garmezy, N., Ramirez. (1999) Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. Development and Psychopathology, 11(1), 143-169.

Masten, A., Coatsworth, D., Neemann, J., Gest, S., Tellegen, A., Garezy, N. (1995) The structure and coherence of competence from childhood through adolescence. Child Development, 66(6), 1635-1659.

MacDonald, G.,Bunton, R. (1992) Health promotion discipline or disciplines? Bunton, R. and MacDonald, G. editors. Health promotion disciplines and diversity. London: Routledge, 6-12.

McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler,A., Glanz, A. (1988) An ecological perspective on health promotion. Health Education Q. 15,, 351-377.

Miller-Heyl, J., MacPhee, D., Fritz, J. (1998) DARE to be you: A family-support, early prevention program. Journal of Primary Prevention, 18(3), 257-285.

Moss, E., Parent, S., Gosselin, C., Rousseau, D. (1996) Attachment and teacher-reported behavior problems during the preschool and early-school-age period. Development and Psychopathology, 8(3), 511-525.

Nangle, D., Hansen, D. (1998) Adolescent heterosocial competence revisited: Implications of an extended conceptualization for the prevention of high-risk sexual interactions. Education and Treatment of Children, 21(4), 431-446.

Nigg, J., Quamma, J., Greenberg, M., Kusche, C. (1999) A two-year longitudinal study of neuropsychological and cognitive performance in relation to behavioural problems and competencies in elementary school children. Journal of Abnormal Child Psychology, 27(1), 51-63.

Ouellete, P., Lazear, K., Chambers, K. (1999) Action leadership: the development of an approach to leadership enhancement for grassroots community leaders in children's mental health. Journal of Behavioral Health Services & Research, 26(2), 171-184.

Owens, E., Shaw, D., Giovanelli, J., Garcia, M., Yaggi, K. (1999) Factors associated with behavioral competence at school among young boys from multi-problem low-income families. Early Education and Development, 10(2), 135-162.

Parker, J., Seal, J. (1996) Forming, losing renewing and replacing friendships: Applying temporal parameters to the assessment of children's friendship experiences. Child Development, 67(6), 2248-2268.

Pilgrim, C., Abbey, A., Hendrickson, P., Lorenz, S. (1998) Implementation and impact of a family-based substance abuse prevention program in rural communities. Journal of Primary Prevention, 18(3), 341-361.

Reid, J., Eddy., M., Fetrow, R., Stoolmiller, M. (1999) Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. American Journal of Community Psychology, 27(4), 483-517.

Reppucci., N., Woolard, J., Fried, C. (1999) Social, community and preventive interventions. Annual Review of Psychology, 50, 387-418.

Rose-Krasnor, L. (1997) The nature of social competence: a theoretical review. Social Development, 6(1), 111-135.

Roth, J., Brooks-Gunn, J., Murray, L., Foster, W. (1998) Promoting healthy adolescents: Synthesis of youth development evaluations. Journal of Research on Adolescence, 8(4), 423-459.

Rubin, K., Chen, X., Hymel, S. (1993) Socioemotional characteristics of withdrawn and aggressive children. Merrill-Palmer Quarterly, 39(4), 518-534.

Sameroff, A., Bartko, W., Baldwin, A., Baldwin, C., Seifer, R. (1998) Family and social influences on the development of child competence. In M. Lewis & C. Feiring (Eds), Families, risk and competence. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 161-185.

Saunders, S., Green, V. (1993) Evaluating the social competence of young children: A review of the literature. Early Child Development and Care, 87, 39-46.

Scaramella, L., Conger, R., Simons, R., Whitbeck, L. (1998) Predicting risk for pregnancy by late adolescence : A social contextual perspective. Developmental Psychology, 34(6), 1233-1245.

Schier, L., Botvin, G. (1998) Relations of social skills, personal competence and adolescent alcohol use: A developmental exploratory study. Journal of Early Adolescence, 18(1), 77-114.

Skroban, S., Gottfedson, D., Gottfredson, G. (1999) A school-based social competency promotion intervention. Evaluation Review, 23(1), 3-27.

Snow, D., Tebes, J., Ayers, T. (1997) Impact of two social-cognitive interventions to prevent adolescent substance use: Test of an amenability to treatment model. Journal of Drug Education, 27(1), 1-17.

Spoth, R., Redmond, C., Shin, C. (1998) Direct and latent-variable parenting outcomes of two universal family-focussed preventive interventions: Extending a public health oriented research base. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(2), 385-399.

Stormshak, E., Bierman, K., Bruschi, C., Dodge, K., Coie, J. (1999) The relation between behavior problems and peer preference in different classroom contexts. Child Development, 70(1), 169-182.

Sutton, S., Cowen, E., Crean, H., Wyman, P. (1999) Pathways to aggression in young, highly stressed urban children. Child Study Journal, 29(1), 49-67.

Svanberg, P. (1998). Attachment, resilience, and prevention. Journal of Mental Health. 7(6), 543-578.

Van Aken, M., Riksen-Walraven, J. (1992) Parental support and the development of competence in children. International Journal of Behavioral Development, 15(1), 101-123.

Vitaro, F., Tremblay, R., Kerr, M., Pagani, L., Bukowski, W. (1997) Disruptiveness, friends' characteristics, and delinquency in early adolescence: A test of two competing models of development. Child Development 68(4), 676-689.

Vitaro, F., Brendgren, M., Pagani, L., Tremblay, R., McDuff, P. (1999) Disruptive behaviour, peer association, and conduct disorder: Testing the developmental links through early intervention. Development and Psychopathology, 11(2), 287-304.

Webster- Stratton, C., Hammond, M. (1998) Conduct problems and level of social competence in Head Start Children: Prevalence, pervasiveness, and associated risk factors. Clinical Child and Family psychology review, 1(2), 101-124.

Wentzel, K., Caldwell, K. (1997) Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. Child Development, 68(6), 1198-1209.

Wentzel, K. (1991) Relations between social competence and academic achievement in early adolescence. Child Development, 62(5), 1066-1078.

Wentzel., K. McNamara, C. (1999) Interpersonal relationships, emotional distress, and prosocial behavior in middle school. Journal of Early Adolescence, 19(1), 114-125.

Wyman, P., Cowen, E., Work, W., Hoyt-Meyers, L., Magnus, K., Fagen, D. (1999) Caregiving and developmental factors differentiating young at-risk urban children showing resilient versus stress-affected outcomes: A replication and extension. Child Development, 70(3), 645-659.

Zigler, E. Taussig, C., Black, K. (1992) Early childhood intervention: A promising preventative for juvenile delinquency. American Psychologist, 47(8), 997-1006.

ANNEXE 1

GRILLE DE COLLECTE DE DONNÉES POUR CHACUNE DES ACTIONS IDENTIFIÉES DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES

Nom de l'action :	**Territoire et municipalité :**	**Dates en vigueur :**	**Personne contact:**

Description de l'action :

Composantes, corollaires ou conséquences de la compétence sociale touchés :

- ☐ Diminution : retrait, gêne, inhibition sociale ou isolement volontaire
- ☐ Prévention ou diminution de l'anxiété, dépression, détresse
- ☐ Prévention de l'idéation suicidaire et le suicide
- ☐ Prévention de la victimisation
- ☐ Diminution ou prévention des troubles de comportement
- ☐ Dév. de la capacité de réguler ses émotions, contrôler l'impulsivité
- ☐ Prévention ou diminution de l'agressivité
- ☐ Développement des capacités à gérer le stress
- ☐ Promotion de comportements prosociaux ou pacifiques
- ☐ Développement des capacités de résolution de conflit
- ☐ Développement des habiletés de communication
- ☐ Prévention de l'utilisation ou de l'abus de substances
- ☐ Prévention de l'échec scolaire
- ☐ Promotion du comportement sexuel sain
- ☐ Autres:

Milieux d'action :

- ☐ École
- ☐ Autre lieu de service
- ☐ Domicile
- ☐ autres :
- ☐ CLSC
- ☐ Loisirs
- ☐ organisme communautaire

Implication des parents :

- ☐ Non
- ☐ Oui: comment_____

Frais et autres facteurs influençant l'accessibilité :

Points forts de l'action à retenir selon les personnes-ressources

Annexe 2

GRILLE DE COLLECTE DE DONNÉES POUR CHACUNE DES 19 ACTIONS RETENUES

NOM DE L'ACTION TERRITOIRE ET MUNICIPALITÉ	PERSONNE CONTACT DATES DES VISITES/ENTREVUES
1. IMPLANTABILITÉ : RESSOURCES ET STRUCTURES	
1.1 Quels sont les organismes impliqués dans ce programme ou activité et quelle est leur contribution?	
Organisme : Rôle : Contributions : préciser la nature et la quantité (nb. heures, $$$, espaces, ressources matérielles, etc.)	**Organisme :** Rôle : Contributions : préciser la nature et la quantité (nb. heures, $$$, espaces, ressources matérielles, etc.)
Organisme : Rôle : Contributions : préciser la nature et la quantité (nb. heures, $$$, espaces, ressources matérielles, etc.)	**Organisme** : Rôle : Contributions : préciser la nature et la quantité (nb. heures, $$$, espaces, ressources matérielles, etc.)
1.2 Quelles sont les autres ressources utilisées? Subventions : Dons : Autres :	
1.3 Quels sont les mécanismes de partenariat, concertation ou collaboration? Comités/Tables Mandats et pouvoirs Composition	Modes de fonctionnement Efficacité : réalisations et défis Outils/moyens de communication

1.4 **Quels sont les liens à d'autres programmes ou à d'autres ressources dans la communauté?**

1.5 **Quelles stratégies de mise en œuvre ont été utilisées (cocher et décrire)**

- ☐ Analyse de besoins
- ☐ Activité de sensibilisation ou de concertation
- ☐ Formation/préparation des adultes participants
- ☐ Autres :

2. NATURE DE L'ACTION SUR LA COMPÉTENCE SOCIALE

2.1 **Quelles dimensions de la compétence sociales ont été visées par le programme ou l'activité?**

A. ***Habiletés sociales générales***

- ☐ Développement d'habiletés de vie collective / en groupe
- ☐ Développement des habiletés de communication
- ☐ Développement des capacités à gérer le stress
- ☐ Autres :

2.2 **Quelles méthodes sont utilisées? (cocher et décrire)**

- ☐ Activité/enseignement en groupe-classe :
- ☐ Activité enseignement en petit groupe :
- ☐ Counseling individuel auprès de l'enfant/famille :
- ☐ Modélisation/coaching par adultes :
- ☐ Apprentissage par le jeu (de rôles, théâtre…) :
- ☐ Apprentissage par les pairs :
- ☐ Autres :

Quels sont les outils principaux?

B. ***Problèmes d'intériorisation*** : action en amont ou en aval de manifestations internalisées (c'est-à-dire infligées sur soi-même) de l'adaptation sociale compromise : problèmes de développement et de croissance personnelle, problèmes de santé mentale, détresse psychologique, abandon scolaire, isolement social, suicide, etc.

- ☐ Diminution du retrait, de la gêne, de l'inhibition sociale ou de l'isolement volontaire
- ☐ Prévention ou diminution de l'anxiété, de la dépression et de la détresse
- ☐ Prévention de l'idéation suicidaire et du suicide
- ☐ Prévention de l'échec / de l'abandon scolaire
- ☐ Autres

Quelles méthodes sont utilisées? (cocher et décrire)

- ☐ Activité/enseignement en groupe-classe :
- ☐ Activité enseignement en petit groupe :
- ☐ Counseling individuel auprès de l'enfant/famille :
- ☐ Modélisation/coaching par adultes :
- ☐ Apprentissage par le jeu (de rôles, théâtre…) :
- ☐ Apprentissage par les pairs :
- ☐ Autres :

Quels sont les outils principaux?

C. Problèmes d'externalisation : action en amont ou en aval de manifestations externalisées (c'est-à-dire infligées à d'autres) de l'adaptation sociale compromise : délinquance, agressivité, violence, abus de substances psycho-actives, troubles de comportement, grossesse précoce. ☐ Diminution ou prévention des troubles de comportement ☐ Dév. de la capacité de régules ses émotions, de contrôler l'impulsivité ☐ Prévention ou diminution de l'agressivité ☐ Promotion de comportements prosociaux ou pacifiques ☐ Développement des capacités de résolution de conflit ☐ Prévention de l'utilisation ou de l'abus de substances ☐ Promotion du comportement sexuel sain ☐ Autres	**Quelles méthodes sont utilisées? (cocher et décrire)** ☐ Activité/enseignement en groupe-classe : ☐ Activité enseignement en petit groupe : ☐ Counseling individuel auprès de l'enfant/famille : ☐ Modélisation/coaching par adultes : ☐ Apprentissage par le jeu (de rôles, théâtre…) : ☐ Apprentissage par les pairs : ☐ Autres : **Quels sont les outils principaux?**
2.3 Quels enfants sont visés? Rejoints?	
Tous les enfants d'un ou de groupes-classes? **Quels groupes-classes?** **Comment sont-ils choisis?** Nb. total d'enfants par année_____ Nb. total d'heures par enfant_____	**Des enfants sélectionnés ou dépistés : selon quelles caractéristiques, quels facteurs de risque, et comment sont-ils choisis?** Nb. total d'enfants par année_____ Nb. total d'heures par enfant_____
Des enfants usagers d'un service facultatif/sur base d'inscription Critères d'éligibilité : Frais d'inscription et autres coûts : Nb. total d'enfants par année_____ Nb. total d'heures par enfant_____	**Autres** : Nb. total d'enfants par année_____ Nb. total d'heures par enfant_____

2.4 Appréciation de la couverture

Quelle est la proportion des enfants qui pourraient bénéficier du programme ou de l'activité est rejointe?

Quels enfants ne sont pas rejoints?

2.5 Dans quels milieux de vie se déroule le programme ou l'activité?

☐ École ☐ CLSC ☐ Autre lieu de service

☐ Domicile ☐ Loisirs ☐ Autres : _____

2.6 Comment les parents sont-ils impliqués, visés, rejoints?

3. EFFICACITÉ : EFFETS SUR LA COMPÉTENCE SOCIALE

3.1 Quels effets du programme ou de l'activité ont été observés chez les enfants dans leur capacité :

- d'initier et d'établir des relations positives avec les autres personnes (adultes et enfants)?
- de gérer ses relations avec les autres personnes?
- de satisfaire à ses propres besoins sociaux?

3.2 Quels effets du programme ou de l'activité ont été observés dans les environnements/milieux de vie des enfants?

3.3 Existe-t-il une ou des évaluations formelles?

Si oui, identifier les auteurs et décrire les évaluations : les aspects touchés, la méthodologie, les résultats principaux, les suites.

4. DURABILITÉ ET TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Quelles conditions sont requises pour la durabilité (permanence) du programme ou de l'activité?

- sur le plan des ressources :
- sur le plan du partenariat :
- sur d'autres plans?

4.2 Quelles conditions favoriseraient l'implantation du programme ou de l'activité dans d'autres milieux?